

СПРАВКА

за отразяване на предложенията/становищата, получени в периода на общественото обсъждане на проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“

№	Участник в общественото обсъждане	Предложения/становища	Приема се/не се приема	Мотиви
1.	вх. № 33-00-71 от 18.09.2025 г. Институт за пазарна икономика	ИПИ отдавна работи за намиране на решения на проблема с недостига на медицински специалисти в България, особено що се отнася до критично ниския брой на медицинските сестри. Данните показват, че за последните десет години България е „изгубила“ 10% от медицинските сестри. Броят на сестрите спрямо населението е един от най-ниските в ЕС. Съотношението на медицински сестри спрямо лекари вече е под 1:1 или повече от два пъти по-ниско от средната стойност в ЕС. Най-голям е проблемът в болничната помощ, като част от болниците в България не успяват да привлекат и задържат достатъчно на брой медицински специалисти по здравни грижи, за да осъществяват нормално текущата си дейност. Това се отразява негативно на качеството на здравните услуги, предоставяни на пациентите; на условията на труд на медицинските специалисти; на мотивацията им за работа; на нивата на стрес, води до претоварване и грешки. Предложението от министерството медицински стандарт „Здравни грижи“ е дългоочаквана стъпка в правилната посока, като ИПИ подкрепя министерството в усилията му за повишаване на		

	професионалните стандарти и утвърждаване на ролята на професията на медицинските специалисти по здравни грижи. Според нас наличието на стандарт ще постави изисквания пред лечебните заведения за брой на медицински специалисти и качество на услугата, която те предоставят. Една обща бележка към мотивите на МЗ е неприемливата липса на анализ на лечебните заведения, които ще се затруднят да спазят изискванията на стандарта с мотива, че „Липсата на достоверна и сигурна информация прави невъзможна прогнозата за отражението на проекта на медицински стандарт върху главната заинтересована страна – лечебните заведения“. Според нас това твърдение не отговаря на действителността. Министерството на здравеопазването публикува на своята електронна страница тримесечна финансова информация за всяко лечебно заведение за болнична помощ, на което е принципал, както и на общинските болници. В нея са налице данни за медицинските специалисти, за броя преминали болни и много други подробни показатели за дейността на болниците. НЦОЗА и НСИ също разполагат с подробна информация за дейността на лечебните заведения и медицинските специалисти в тях, която при поискване ще бъде предоставена на министерството. Без анализ на рисковете (и разходите) от въвеждането на стандарта на ниво болници не могат да се вземат и правилни решения за неговото прилагане.	Не се приема.	Данните за лечебните заведения са тримесечни и не обхващат всички лечебни заведения от системата на здравеопазването. От друга страна в посочените отчети показателят, касаещ специалистите по здравни грижи е средномесечен и е общ за всички специалисти по здравни грижи, а не по отделни специалности. Опитът за анализ на тези отчети, чиято цел е осигуряване на публичност на разходите на лечебните заведения, би довел до едностранчивост, непълнота и ще изкриви реалната картина. Също така, известно е, че поради липса на специалисти по здравни грижи, особено на медицински сестри през последните години е наложена практика за вътрешно съвместителство, външно съвместителство, граждански договори и др. за заемане на утвърдените щатни места за медицински сестри, както и назначаване на лица с друга професионална квалификация на длъжност „медицинска сестра“. Гарантирането на необходимия минимум от специалисти по здравни грижи в лечебните заведения е условие <i>sine qua non</i>, т.е. то е
--	--	----------------------	--

				безусловно необходимо за функционирането на им и не може да бъде анализирано от гледна точка на неговата целесъобразност. Въвеждането на изисквания за осигуреност с медицински персонал не крие рискове за дейността на лечебните заведения. Точно обратното, ако лечебните заведения не са в състояние да осигурят необходимия персонал, то те не са в състояние и не следва да осъществяват дейността си, тъй като това крие риск за здравето и живота на пациентите. Освен това дългият период, който стандартът осигурява до влизането си в сила (10 години, в които показателите са индикативни) е гаранция, че лечебните заведения ще имат достатъчно време за изготвяне на анализи, планиране на нуждите и присъщите за това разходи и осигуряване на необходимия персонал. Затова в § 3 от проекта на наредба е заложено, че ръководителите на лечебните заведения за болнична помощ и лечебните заведения по чл. 10, т. 3, 3а, 3б, 4 и 5 от Закона за лечебните заведения изготвят в срок до шест месеца от приемането на тази наредба, анализ на осигуреността със специалисти по здравни грижи въз основа на данните за преминалите болни и фактически заетите легла по болнични структури за предходната година. Съгласно § 4 от проекта на наредба, в случаите, когато броят на специалистите по здравни грижи в болничните структури е по-нисък от определените в стандарта, ръководителят на
--	--	--	--	--

		Бихме искали да направим и следните конкретни предложения във връзка с подобряване на съдържанието на стандарта, както следва:	лечебното заведение следва да изготви план за осигуряване на потребностите от специалисти по здравни грижи за периода до пет години. Всъщност именно изготвянето на анализи на ниво отделни лечебни заведения, съобразени със спецификата на дейността им, ще даде възможност да бъде прецизирана и оценена реалната ситуация, свързана с недостига на медицински кадри и извършване на адекватно планиране на нуждите. Освен това въведените в Глава IV, т. 1. Изисквания за осигуреност с медицински персонал, осъществяващ професионална дейност по здравни грижи се използват за определяне на потребностите от специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ на областно и национално ниво т.е. чрез тях се осигурява обективно идентифициране на потребностите и планиране на нуждите от специалисти по здравни грижи в областните здравни карти и Националната здравна карта, чрез които се реализира държавната здравна политика. По този начин в рамките на този 10 годишен период след влизане в сила на стандарта, ще бъдат реализирани държавни политики, насочени към осигуряване на достатъчен брой специалисти за нуждите на лечебните заведения.
--	--	---	--

		1) Относно изискванията за осигуреност с персонал Изискванията за осигуреност с медицински специалисти по здравни грижи са може би сърцето на стандарта. Те коректно са поставени спрямо различните видове лечебни заведения и по отделни видове медицински специалисти. Според нас обвързването на специалистите с пациентите/леглата наистина е по-добър вариант в сравнение с обвързването им с броя на лекарите. Предлагаме обаче да се избере един консистентен показател за връзка между броя на специалистите и извършваната дейност и това да бъде наличният брой легла за съответната структура в лечебното заведение. Мотивите ни са следните: - Броят на леглата е сравнително постоянен във времето показател, поради което е по-удачен за база за изчисление на броя на необходимите медицински специалисти; - Фактическият брой пациенти наистина е пряко свързан с количеството грижа, оказвана от специалиста, но лечебното заведение следва да гарантира, че ако всички легла се запълнят по някаква причина, то ще може да я предостави със съответното качество на всеки един пациент. - Ако броят на медицинските специалисти се обвърже с броя на леглата, това ще окаже натиск върху лечебните заведения да прецизират по-добре броя на заявените легла и да не поддържат „кухи“ бройки;	1. Не се приема.	1. Член 8б от Наредба № 49 от 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 (Наредба № 49 от 2010 г.) дава възможност на лечебните заведения за болнична помощ да променят броя на разкритите болнични легла в клиниките/отделенията си с легла веднъж годишно в периода от 1 до 31 януари с изключение на случаите на разкриване на нови медицински дейности по смисъла на § 1 от допълнителната разпоредба на Закона за лечебните заведения. Това означава, че всяка година броят на леглата в една структура (лечебно заведение) може да е различен. От друга страна, фактически заетите легла е статистически показател, идентичен с показателя средногодишен брой легла. Този показател е нормативно определена, измерима и оценима величина, която дава обективна оценка за използваемостта на леглата. Това от своя страна ще докаже и реалната необходимост от специалисти по здравни грижи. Осигуреността с персонал следва да бъде пряко обвързана с обема на осъществяваната дейност, чийто основен измерител в болничната помощ е фактически заетото болнично легло. Да, с наличния персонал трябва да се гарантира и поддържане на
--	--	--	-------------------------	---

		- Контролът върху броя легла е много по-лесен, което ще улесни и контрола върху спазването на стандарта.		определен капацитет, но той е нормативно определен в Наредба № 49 от 2010 г., съгласно която лечебните заведения за болнична помощ са задължени да поддържат 10 % свободен леглови фонд за прием на пациенти със спешни състояния. Този допълнителен капацитет е взет предвид при определяне на необходимият минимален брой специалисти по здравни грижи по видове болнични структури. Националната здравноосигурителна каса също сключва договор с болниците, в областите, в които има излишък от болнични легла, съгласно Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори. При настоящото състояние, при което средната използваемост в болничните заведения в страната е около 50 %, т.е. разкритите легла са 2 пъти повече от фактически заетите легла, обвързването на персонала с броя на разкритите легла е нерационално и необосновано. Що се отнася до стимулите за намаляване на т.н. „кухи бройки“ легла, те са обект на политики чрез прилагането на механизмите на Националната здравна карта.
		2) Относно възможността част от дейностите да се извършват от друг вид специалисти Стандартът много подробно описва всички изисквания към осъществяване на дейността на	2. Не се приема.	2. Дейностите на медицинските сестри, акушерките и другите медицински специалисти по здравни грижи се осъществяват в резултат на придобита професионална компетентност чрез

		специалистите и какви конкретни дейности те следва да извършват. Прави впечатление, че стандартът изисква медицинският специалист да извършва най-разнообразни дейности извън медицинските услуги, пряко предоставяни на пациентите и комуникацията с тях. Предвижда се също така възможността до 20% от необходимия брой медицински сестри да се допълни от съответния брой здравни асистенти с документ за завършено професионално обучение. Според нас възможностите друг вид специалисти да извършват част от работата на медицинските специалисти по здравни грижи са много по-големи. Внимателен прочит на изредените дейности показва, че част от функциите им са типично икономически: мениджърски, контролни функции, оценка на качеството и прочее. Това са все задачи извън пряката компетентност на специалиста по здравни грижи и не изискват пряк контакт с пациенти. Те спокойно могат да се осъществяват от специалисти с разнообразно немедицинско образование. Предлагаме да се обмисли възможността една част от услугите да се прехвърлят към специалисти в областта на човешките ресурси, икономиката, правото и други. Също така част от дейностите могат да се извършват и от специалисти без висше образование и без професионално образование в областта на медицината (социални услуги, проверка и записи на показания на медицинска техника, водене на документация и много други). В допълнение, не е взета предвид възможността част от дейността на медицинските специалисти по		регулирано обучение и придобиване на професионална квалификация по регулирана медицинска професия. Допускането в проекта някои дейности да се осъществяват от здравни асистенти с документ за проведено обучение е изключение предвид развитието на професията медицинска сестра и с цел създаване на възможност медицинските сестри да се фокусират върху специфичните за професията им висококвалифицирани дейности. Здравните асистенти подпомагат медицинските сестри и извършват общи грижи за болния – хранене, общ тоалет, съпровождане, наблюдение за отклонения от нормата и уведомяване на медицински специалист; смяна на личното и постелъчното бельо; пренасяне на лекарствени продукти, медицински изделия и биологичен материал; дейности по дезинфекция и хигиена; стерилизация на инструменти, консумативи и материали и др. Широкопрофилната подготовка на медицинските сестри в системата на висшето образование включва обучение и в областта на психологията, информатиката, здравното законодателство, а на старшите и главните медицински сестри – и в областта на икономиката, правото и управлението на човешките ресурси предвид ролята и мястото на тези специалисти в здравеопазването. Нормативната уредба предвижда медицинските сестри да притежават компетентност за самостоятелно предоставяне на съвети,
--	--	--	--	--

		здравни грижи да бъде поета от съвременни дигитални средства, телемедицина, апаратура, изкуствен интелект и прочее, което ще намали нуждата от пряка човешка намеса до известна степен и оттам – по-малък необходим брой медицински специалисти.		указания и подкрепа на лица, нуждаещи се от здравни грижи, и на техните близки и цялостни знания по дисциплините, които са в основата на сестринските грижи, включително достатъчно добро познание за организма, физиологичните функции и поведението на здравите и болните хора, както и знания за връзката между здравословното състояние на човека и неговата физическа и социална среда. Воденето на медицинска документация, изготвянето на необходимите доклади и анализи, проследяването и регистрирането на витални показатели, лабораторни изследвания, манипулации и здравни грижи са основни дейности, извършвани от медицинските сестри в процеса на тяхната работа. Здравните грижи са взаимосвързани, последователни, постоянни и проследими, съобразно плана за грижи и не е нито целесъобразно, нито законосъобразно те да бъдат отчетени от някой, който не ги е извършил и не носи отговорност за извършването им. Затова дълбоко погрешно е схващането, че медицинските сестри и другите специалисти по здравни грижи са квалифицирани само в извършването на определени манипулации и следва да бъдат използвани само като технически изпълнители. Образованието по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“ предоставя на тези специалисти обширни и задълбочени познания както в областта на медицината и здравните
--	--	---	--	--

				грижи, но и в областта на медицинското право, здравния мениджмънт, медицинска етика и деонтология и др. Това им дава възможност да управляват успешно процесите по предоставяне по здравни грижи. Голяма част от тези специалисти имат възможност да придобият магистърска степен по Управление на здравни грижи, което им дава възможност за последващо кариерно развитие. Други специалисти, в т.ч. юристи, икономисти и др., които не познават същността и процесите по предоставяне на здравни грижи, не биха могли самостоятелно да ги управляват. Освен това, медицинските стандарти по отделните медицински специалности не ограничават възможността други специалисти да осъществяват помощни дейности в болничните структури. Заелите ръководни длъжности в системата на здравеопазването – старша и главна медицинска сестра, извършват професионални дейности, както в областта на управлението на здравните грижи, така и в областта на управлението на човешките ресурси, финансовия мениджмънт и здравното законодателство. Професионалната компетентност на здравните асистенти е скрепена с държавния образователен стандарт, утвърден с Наредба № 7 от 2022 г. за придобиване на квалификация по професията „Здравен асистент“.
--	--	--	--	---

		3) Относно дългия „гратисен“ период пред всички лечебни заведения да изпълнят стандарта В § 5 и 6 от преходните и заключителни разпоредби на наредбата се предвиждат 5 години след приемане на наредбата отклонение от показателите за налични специалисти с 30% и още 5 години за отклонение с 10%. Това е твърде дълъг срок, в който изискванията за брой медицински специалисти по здравни грижи ще бъдат само индикативни. Според нас това на практика означава стандарт в следващите 10 години изобщо да няма. Наясно сме, че лечебните заведения са изправени пред сериозен проблем да намерят медицински сестри и други специалисти, но дългият отлагателен срок ще им даде сигнал, че ситуацията може да си остане такава, каквато е, в рамките на дълги години, а очакването за ново удължаване ще остане силно. Междувременно пациентите няма да получават адекватни грижи, а медицинските специалисти ще търсят реализация другаде. Министерството трябва да поеме своята отговорност, като ясно покаже как ще действа в случай на големи трудности при	3. Не се приема.	„Мениджърските, контролните функции и оценката на качеството“ са функции на старшите и главните медицински сестри/акушерки/рехабилитатори, за заемането на която длъжност законово е регламентирана необходимата квалификация, а именно придобита образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ по специалност „Управление на здравните грижи“. 3. При определяне на сроковете за изпълнение на изискванията на медицинския стандарт са взети предвид настоящата осигуреност на системата със специалисти по здравни грижи, възрастовата структура на работещите, сроковете за обучение на нови специалисти по здравни грижи, териториалните дисбаланси и др. По-кратки срокове при настоящата ситуация са нереалистични и с нищо няма да допринесат за постигане на дългосрочните цели. Също така, в отговор на провежданата от Министерството на здравеопазването политика се очаква и повишение на броя на медицинските сестри, които ще започнат да упражняват професията с оглед обстоятелството, че броят на местата за студенти по специалност „медицинска сестра“ за учебната 2024/2025 г. за първи път от 20 години достигна 1 000 бр., а за настоящата учебна 2025/2026 година местата са 1 200 като заетите места за обучение са 1196. Също така с промени в Закона за висшето образование специалностите „медицинска
--	--	--	-------------------------	---

	осигуряване на медицински специалисти в отделни лечебни заведения. 4) Относно липсата на санкции при неизпълнение на стандарта В тази връзка отбелязваме и липсата на ясни санкции към лечебни заведения, които не успяват дългосрочно да покрият изискванията за брой специалисти и за качество на грижите. Привличането на медицински специалисти от страна на лечебното заведение изисква освен анализ, предвиден в проекта на наредба, и ясни приоритети, изразени в ангажименти за привличане на кадри, повишаване на възнагражденията и задържане на работа, а те имат сериозни бюджетни измерения. Всеки нормативен документ, в който няма ясни санкции и последици от едно или друго действие, всъщност дава сигнал, че изпълнението му не е приоритет и ще остане пожелателно. А това няма да доведе до системна промяна и значим ефект както за отделните лечебни заведения, така и за здравеопазването като цяло.	4. Не се приема.	сестра“ и „акушерка“ са определени за „защитени специалности“, което е предпоставка за насърчаване на потенциалните кандидати за обучение по тези специалности. 4. Законът за лечебните заведения по общ начин в чл. 115, чл. 116, чл. 116б, чл. 116д е предвидил санкции когато извършената дейност по извънболнична и болнична медицинска помощ е в нарушение на разпоредбите на този закон или на нормативните актове по прилагането, вкл. и на правила за добра медицинска практика, правила за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина, правила за добра фармацевтична практика или правила за добра медицинска практика по здравни грижи в съответните професионални области. Законодателят е определил медицинските стандарти да се утвърждават с наредби на министъра на здравеопазването (чл. 6, ал. 1, изр. второ от ЗЛЗ). От друга страна, в Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на лекарските асистенти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите са посочени нарушенията, допуснати при изпълнение на професионалните им задължения и за които членовете на съответната съсловна организация носят отговорност за следните нарушения: неспазване на правилата, предвидени в закона и в Кодекса за
--	---	-------------------------	--

				професионална етика и неспазване на правилата за добра медицинска практика по здравни грижи. На следващо място, Законът за нормативните актове определя наредбата като нормативен акт, който се издава за прилагане на отделни разпоредби или подразделения на нормативен акт от по-висока степен. На това основание не е налице празнота в нормативната уредба по отношение санкциите за неспазване на медицински стандарт „Здравни грижи“
2.	вх. № 94-3607 от 24.09.2025 г. Яна Филева - бакалавър и магистър по кинезитерапия (Русенски университет, 1998-2004)	След като се запознах с текста, бих искала да попитам за мястото на кинезитерапевтите в областта на здравеопазването. Тъй като в медицинския стандарт по Физикална медицина не са упоменати, оказва се, че в текущия проект също липсват. Бих искала да изразя своето притеснение от нормативното заличаване на професионалната ни идентичност. Още с промените във висшето образование преди около 20 години, колежаите се преобразуваха и специалистите с 3-годишно обучение (рехабилитатори, акушери, сестри и лаборанти) станаха бакалаври. Това беше първата стъпка за принизяване на 4-годишното бакалавърско обучение по кинезитерапия. От една страна, много по-трудно достъпен беше приемът, а от друга, значително по-скъпо образованието (по това време имаше две катедри само в България - в Спортната академия и Русенски университет). Включените в програмата дисциплини бяха доста	Не се приема.	Професията кинезитерапевт е регулирана, немедицинска професия. Когато кинезитерапевти работят в лечебни заведения от националната система на здравеопазване, дейността им е регламентирана с нормативни актове (Наредба № 4 от 2006 г. за професионалната компетентност на лицата, завършили висше образование по специалността „Кинезитерапия“ и Медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина). Кинезитерапевтите осъществяват дейност в лечебните заведения под методичното ръководство и контрол на лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина. Кинезитерапевтите като немедицински специалисти с висше образование, могат да бъдат включвани за целите на дейността като членове на рехабилитационния екип за изпълнение прилагането на рехабилитационната програма

		повече и с по-висок хорариум, в сравнение с програмата на специалността „Рехабилитация“. Допълнително, по същото време все още се работеше по системата отпреди 1989 г., а именно: лекар физиотерапевт след прегледа на пациента назначава физиотерапия и лечебна физкултура (ЛФК, т. е. кинезитерапия), след което описва какви точно физиотерапевтични процедури следва рехабилитаторите да провеждат на пациента. От своя страна, методистът по ЛФК, т. е. кинезитерапевтът, съставя програмата по ЛФК (цел, задачи, упражнения, дозировка, противопоказания), която рехабилитаторите да изпълняват. Междувременно, кинезитерапевтите работят с най-комплицираните случаи, защото знанията и подготовката им са по-високи. С течение на годините обаче забелязвам, че нашата квалификация се принизява все повече, включително с проекто-наредбата по „Здравни грижи“. Това е поводът за моето, а предполагам и на колегите ми, безпокойство за мястото ни в системата на здравеопазването в бъдеще. Ние сме изключително подготвени и ценни с опита и задълбочените си знания, особено понастоящем.		или елементи от нея до нивото и по профила на професионалната си компетентност по преценка на ръководителя на структурата по Физикална и рехабилитационна медицина (ФРМ), по предложение на лекаря-специалист по ФРМ, ръководител на съответния рехабилитационен екип. Дейността, провеждана извън лечебните заведения от немедицински специалисти (включително от кинезитерапевти) при здрави лица за трениране и подобряване на физическата кондиция на организма и за изграждане на двигателна култура в областта на общественото здраве във връзка с промоция на здравето, не се окачествява като медицинска и не се регулира от медицински стандарти. В § 1 от проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ е посочено, че по смисъла на тази наредба „специалист по здравни грижи“ е лице, придобило професионална квалификация по специалност от регулираните професии от професионално направление „Здравни грижи“ – „медицинска сестра“, „акушерка“, „медицински лаборант“, „рентгенов лаборант“, „рехабилитатор“, „масажист (с увредено зрение)“.
3.	вх. № 94-3684 30.09.2025 г. Марин Маринов и колектив рентгенови	Уважаеми дами и господа, С настоящото становище бихме искали да изразим нашето несъгласие и да представим конкретни аргументи по някои ключови моменти от проекта за стандарт по здравни грижи, касаещ		

	лаборанти упражняващи професията в звено по Нуклеарна медицина от ел. поща: mi6o.88@abv.bg	рентгеновите лаборанти. Нашето мнение се базира на дългогодишен професионален опит и наблюдения, които показват необходимост от по-прецизни и адекватни регламенти, които да отразяват реалната специфика на професията. 1. Обединяване на рентгенови и медицински лаборанти в една категория В проекта рентгеновите и медицинските лаборанти са причислени към една и съща група, което счита за сериозен пропуск. Работата на двете професионални групи е коренно различна както по своята същност, така и по изискванията за знания, умения и отговорности. Медицинските лаборанти се фокусират върху лабораторни анализи и биохимични изследвания, докато рентгеновите лаборанти работят с различни образни диагностични методи, изискващи специфична техническа и радиационна подготовка. Обединяването на тези две професии в единна категория създава и води до неточности в регулирането на професионалните задължения.	1. Приема се частично.	1. В проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ професиите „рентгенов лаборант“ и „медицински лаборант“ се разглеждат напълно самостоятелно, като за всяка от тях са определени съответните изисквания, в т.ч. за необходимият минимален брой специалисти. Вероятно възниква недоразумение във връзка с неправилно тълкуване на запис в Глава IV т. 1.2.2.2. относно необходимия минимален брой рентгенови лаборанти и медицински лаборанти в болничната помощ, където са посочени еднакви стойности на необходимия минимален брой рентгенови и медицински лаборанти, като е използвано „рентгенов/медицински лаборант“ Използването на „/“ не означава „приравняване“ на двата вида специалисти или допускане на взаимозаместване, а само удостоверява, че и за двата вида се отнася една и съща норма. Например, че в една болнична структура по образна диагностика или даден вид лаборатория с най-ниското първо ниво на компетентност, необходимия минимален брой специалисти по здравни грижи (съответно рентгенов или медицински лаборант) е 1 на смяна. Направени са промени в Глава IV, т. 1.2.2.2.1., т. 1.2.2.2.2. и т. 1.2.2.2.3., където знакът „/“ е заменен с думата „съответно“.
--	---	---	-------------------------------	---

		2. Липса на конкретни изисквания и спецификации за рентгенови лаборанти в нуклеарната медицина В стандарта липсват ясно дефинирани критерии и специфични изисквания за работа на рентгеновите лаборанти, ангажирани в нуклеарната медицина. Това е проблем, тъй като тази област се отличава с висока степен на техническа сложност и специфични рискове, свързани с работата с радиоактивни вещества и специализирана апаратура. Без ясни стандарти за квалификация, задължения и отговорности, както и за видовете изследвания, които трябва да извършват, качеството и безопасността на предоставяните услуги могат да бъдат компрометирани. 3. Неяснота относно „групите изследвания“ и тяхната специфика в различните звена В предложените изисквания липсва яснота по отношение на това какви „групи	2. Не се приема. 3. Не се приема.	Посочената норма в т. 1 на Глава IV на проекта на медицински стандарт касае само планирането на потребностите на национално и областно ниво. За всяко лечебно заведение броят на работещите специалисти се определя индивидуално, в зависимост от спецификата на дейността, в т.ч. използваната апаратура и др., съобразено с посочените в т. 1 минимални изисквания. 2. Систематичното място на тези специфични разпоредби е в медицински стандарт „Нуклеарна медицина“ 3. Групите образни изследвания, обвързани и с нивото на компетентност на съответната структура по образна диагностика са подробно регламентирани в медицински стандарт „Образна диагностика“.
--	--	---	---	---

		изследвания“ трябва да извършват рентгеновите лаборанти. Това е особено важно, тъй като в различните звена – образна диагностика, лъчелечение, нуклеарна медицина – видовете и спецификите на изследванията са много различни. В проекта тези различия не са отчетени, а предложените формулировки са общи и нерелевантни за специфичната работа на лаборантите във всяко звено. Липсата на конкретика и адаптация към отделните направления прави стандарта трудно приложим и рисува да доведе до едностранчиви и непълни практики. 4. Посоченият брой рентгенови лаборанти е крайно недостатъчен Предложените нормативи за брой рентгенови лаборанти в различните звена не отговарят на реалните нужди и натоварване. Това може да доведе до сериозно претоварване на персонала, което застрашава не само качеството на диагностичната работа, но и здравето и безопасността както на пациентите, така и на служителите. В съвременните условия на здравеопазване е необходимо да се предвидят адекватни човешки ресурси, за да се гарантира ефективна, качествена и безопасна работа. Въз основа на гореизложеното, настояваме за следните корекции и допълнения в проекта за стандарт по здравни грижи за рентгеновите лаборанти: • Ясно и категорично разграничаване на рентгеновите от медицинските лаборанти, с	4. Не се приема.	4. В проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ са посочени минимални и препоръчителни изисквания за осигуреност с медицински персонал, осъществяващ професионална дейност по здравни грижи в лечебни заведения за извънболнична и болничната помощ. В стандарта изрично се посочва, че необходимият брой специалисти по здравни грижи за всяка структура се определя индивидуално, като не може да е по-малък, но може да е по-голям от заложените минимални норми. В т. 2.1.2. на Глава IV „Изисквания за осигуреност с медицински персонал, осъществяващ професионална дейност по здравни грижи“ изрично е посочено, че „Необходимият брой рентгенови лаборанти в лечебни заведения за извънболнична помощ, осъществяващи дейност в обхвата на
--	--	--	------------------	---

		отделни стандарти, съобразени със спецификите на всяка професия. - Включване на конкретни и подробно описани изисквания, които да отразяват спецификата на работата в нуклеарната медицина. - Изясняване и конкретизиране на понятията „група изследвания“, съобразно различните направления в образната диагностика, лъчелечението и нуклеарната медицина, с оглед специфичните методики и технологии. - Осигуряване на адекватен норматив за брой рентгенови лаборанти, който да съответства на обема и спецификата на работа, гарантирайки здравословни и безопасни условия на труд. Бихме желали да посочим конкретните дейности извършвани от рентгеновите лаборанти в нуклеарната медицина и да предложим насоки за адекватното им стандартизиране. Подготовка и работа с радиофармацевтици: Получаване и приемане на радиофармацевтици съвместно с радиохимик. Проверка на активност и идентичност на радиофармацевтика съвместно с радиохимик Приготвяне на радиоактивните дози съвместно с радиохимик. Маркиране и етикетиране на спринцовки/контейнери с радиофармацевтици. Приложение (най-често венозно) на радиофармацевтика на пациента Подготовка и грижа за пациента:		медицинската специалност „Образна диагностика“ се определя индивидуално за всяка структура, като за основни критерии се приемат вида и броя на основните групи образни изследвания, свързаната с тях апаратура и броя на обслужваните пациенти, спрямо които се прилагат следните стандарти – 1 рентгенов лаборант на апарат за една смяна“ В т.3.3.1. е посочено, че „Необходимият брой рентгенови лаборанти и медицински лаборанти в болничните структури, се определя индивидуално за всяка структура, като за основни критерии се приемат нивото на компетентност на съответната структура и вида и броя на основните групи изследвания и свързаната с тях апаратура, като се съобразява и броят на обслужваните пациенти, стандарти за минимална осигуреност по т. 1.2.2.2.1 – т. 1.2.2.2.3 и конкретните потребности на структурата.“
--	--	---	--	---

		Идентификация и проверка на пациента Информирание за алгоритъма на процедурата Проверка за противопоказания (бременност, кърмене и др.) Обяснение на мерките за радиационна безопасност след изследването Позициониране на пациента за съответния тип сканиране Инструкции за поведение преди, по време и след процедурата. Работа с апаратура за хибридна образна диагностика Настройване и проверка на гама камера, SPECT или PET/CT Калибриране на апаратурата Провеждане на сцинтиграфия, SPECT или PET сканиране по клиничен протокол Обработка и реконструкция на образите със специализиран софтуер Изпращане на образите към системата за визуализация (PACS) Радиационна защита и безопасност Контрол на замърсяване на повърхности и инструменти Изолиране на отпадъци, съдържащи радиоактивен материал Участие в мерки при аварийни ситуации (разлив на радиофармацевтик и др.) Административни и отчетни дейности Водене на дневници и отчети за използвани радиофармацевтици Регистриране на процедурите в болничните		
--	--	---	--	--

	системи Поддържане на документация за радиационен контрол и дозиметрия Подготовка на пациенти за терапевтични процедури С оглед на гореизложените специфики на извършваните дейности препоръчваме: 1. Утвърждаване на понятието „работен пост“, и минимално кадрово обезпечение за него а именно: - Работен пост „апарат РЕТ/СТ“ – 2 рентгенови лаборанти на работна смяна - Работен пост „апарат SPECT/СТ“, – 1-2 рентгенови лаборанти на работна смяна (в зависимост от броя на извършваните процедури на поста) - Работен пост „аплициране на технециеви радиофармацевтици“ - 1 рентгенов лаборант на работна смяна - Работен пост „аплициране на радиофармацевтици – позитронни емитери“- минимум 2 рентгенови лаборанти на работна смяна (в зависимост от броя на извършваните процедури) 2. Утвърждаване и конкретизиране на горепосочените дейности в стандарта по здравни грижи. Надяваме се нашите аргументи да бъдат взети под внимание при окончателното формулиране на стандарта, с цел повишаване на качеството на здравните грижи и осигуряване на адекватна регулация и подкрепа на рентгеновите лаборанти в общността на професионалистите по здравни грижи.		2. Не се приема.	2. Медицинските стандарти нямат за цел да разпишат последователността от действия, необходими за извършване на конкретна процедура, манипулация или интервенция. Настоящият проект на медицински стандарт предвижда протоколи, технически фишове и алгоритми за дейности да се утвърждават от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи.
--	--	--	-------------------------	---

4.	вх. № 94-3740 от 03.10.2025 Цветелина Станчева - главна медицинска сестра на УМБАЛ Канев ЕАД, Татяна Петрова – главна медицинска сестра на МБАЛ Търговище АД	Становище относно проект на медицински стандарт по „Здравни грижи“ Глава III 8. Изисквания към резултата от осъществената професионална дейност по здравни грижи 8.2.2. процент пациенти с подобрени клинични параметри Този показател се влияе от целия диагностично лечебен процес, в който участват не само СЗГ, и не следва да се използва като специфичен за оценката на здравните грижи 8.2.8. процент пациенти, оценили здравните грижи като „много добри“ или „добри“ чрез стандартна анкетна карта Всеки пациент може да изрази своето субективно мнение, но той няма необходимата компетентност, с която да се направи обективна оценка на качеството на здравните грижи. 8.2.9. брой писмени благодарности и жалби, постъпили в периода на оценка Брой писмени благодарности и жалби, следва да се допълни „по отношение на СЗГ или предоставените здравните грижи“, постъпили в периода на оценка. 8.2.10. Процент пациенти, изразили готовност да препоръчат лечебното заведение Това също не е специфичен критерий за оценка на здравните грижи. Повечето пациенти избират лечебното заведение заради лекуващ лекар или водещ специалист. 8.2.11. степен удовлетвореност от хигиенните и битови условия в лечебното заведение	Не се приема.	Направен е коментар, без да има конкретни предложения по проекта на нормативен акт.
----	---	--	---------------	---

		Хигиената и противоепидемичния режим в лечебното заведение са пряка отговорност на СЗГ, но битовите условия са ангажимент на ръководството на лечебното заведение. Следва в тази точка да се махне „битови“ ако наистина искаме да оценяваме здравните грижи. Така или иначе този критерий „удовлетвореност от болничната среда“ е заложен в общоболничните анкетни карти за анализ и оценка удовлетвореността на пациентите.		
5.	Вх. № 94-3741 от 03.10.2025 г. Виолета Петкова	Уважаеми дами и господа, като медицинска сестра с професионален опит в грижите за психично болни пациенти, бих искала да изразя становището си по повод публикувания за обществено обсъждане проект на медицински стандарт „Здравни грижи“. Считам, че в бъдещия стандарт е изключително важно да се предвиди конкретно увеличение на броя медицински сестри. Работата в психиатричните структури в страната е особено натоварваща – както физически така и емоционално - и изисква не само високо ниво на компетентност, но и достатъчно персонал, за да се осигурят адекватни грижи, безопасност и подкрепа както на пациентите, така и на екипа. Надявам се при окончателното изготвяне на стандарта да бъде взета предвид необходимостта от реалистично определяне на нужния брой сестрински места и реалните нужди на системата. Моето предложение е една сестра да осъществява	Приема се частично.	Направено е допълнение в т. I. В проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ са посочени минимални и препоръчителни изисквания за осигуреност с медицински персонал, осъществяващ професионална дейност по здравни грижи в лечебни заведения за извънболнична и болничната помощ. В проекта изрично се посочва, че необходимият брой специалисти по здравни грижи за всяка структура се определя индивидуално: В Глава IV т. 3. Минимални и препоръчителни изисквания за медицински персонал, осъществяващ професионална дейност по здравни грижи в лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения по чл. 10, т. 3, 3а, 3б, 4 и 5 от ЗЛЗ със стационар, се посочва че изискванията за осигуреност със специалисти по здравни грижи в лечебните заведения за болнична помощ и лечебни заведения по чл. 10, т. 3, 3а, 3б, 4 и 5 от ЗЛЗ със

		грижи за не повече от 6 до 7 пациента в рамките на стационарно психиатрично отделение. Предложеното съотношение 1:9 е крайно не достатъчно и поставя под въпрос възможността за качество и високо ниво грижи, съобразено с нуждите на пациентите и спазване на нормативните изисквания за професията.		стационар се определят в зависимост от вида на лечебното заведение и осъществяваните в него медицински дейности. А в т. 3.1. Изисквания за осигуреност с медицински сестри: т. 3.1.1. е посочено, че „Необходимият брой медицински сестри в стационарните структури се определя индивидуално за всяка структура с легла, въз основа на броя на обслужваните пациенти в клиниката/отделението, измерен чрез фактически използваните легла/места, спрямо който се прилагат стандартите по т. 1.2.1“. Съгласно т. 3.1.2. „В зависимост от състоянието на обслужваните пациенти и специфичните особености на дейността на съответната структура, този брой може да се коригира, като се отчете степента на зависимост от грижи съгласно Глава III. т. 2.
6.	Вх. № 15-00-224 от 06.10.2025 г. Българска болнична асоциация	С настоящото становище изразяваме позицията на Българска болнична асоциация относно представения за обществено обсъждане Проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“. Нашата организация винаги е подкрепяла създаването на регулация, включително чрез разработването и въвеждането на медицински стандарти. Неминуемо стандартите създават единни правила за организация и дейността на лечебните заведения и на медицинските специалисти, които работят в тях, като регулират качеството на оказаната медицинска помощ и осигуряват защита на правата на пациентите. Поради което подкрепяме принципа на	Не се приема.	Проектът на стандарт е изготвен в изпълнение на изискване на Националния план за възстановяване и устойчивост на Република България (реформа C12.R3). Съгласно чл. 6, ал. 1 от ЗЛЗ, дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента. Този текст се допълва в чл. 6а, ал. 1, съгласно който медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на дейностите по

	стандартизация, но не и в противоречие с действащата нормативна уредба. В тази връзка ние от ББА не подкрепяме приемането на стандарта в този му вид по съображения изложени по-долу. На първо място считаме, че липсва правна обосновка за въвеждане на стандарт по „здравни грижи“ като стандарт за персонал, а не за дейност. Медицинските стандарти по смисъла на Закона за лечебните заведения имат за цел да определят правилата за осъществяване на конкретни медицински дейности и направления в медицината – напр. по акушерство и гинекология, кардиология, анестезиология, неонатология, физикална и рехабилитационна медицина и др. В този смисъл, стандарт по „здравни грижи“ не е стандарт за медицинска дейност, а стандарт за категория персонал, което систематично излиза извън понятието „медицински стандарт“. Считаме, че заложеното в закон и по-специално в чл. 6 от ЗЛЗ не следва да се тълкува разширително и да създава медицински стандарти извън заложената рамка. Считаме, че законодателната делегация по чл. 6 от Закона за лечебните заведения не следва да се тълкува разширително. Министерството на здравеопазването може да утвърждава медицински стандарти по отделни медицински специалности, с цел гарантиране на качеството и безопасността на медицинската дейност. Разширителното тълкуване на тази норма и създаването на стандарт, който урежда не медицинско направление, а отделна професионална	определени медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента. Следователно Законът за лечебните заведения изрично предвижда медицинските стандарти да се издават както по отделни медицински специалности, така и за отделни медицински дейности, като сред тях законодателят е посочил и дейността по здравни грижи. Например издаденият медицински стандарт „Превенция и контрол на вътреболничните инфекции“ определя изисквания, които са валидни за всички лечебни заведения и структури по различни медицински специалности. Здравните грижи са вид медицинска дейност, която е неразделна част от дейностите по промоция, профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация на пациентите в обхвата на всички медицински специалности. В този смисъл проектът на медицински стандарт „Здравни грижи“ е стандарт за отделна медицинска дейност, който въвежда изисквания по отношение на изпълнението на тази дейност, в т.ч. и към изпълнителите на тази дейност – специалистите по здравни грижи. В проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ изрично се посочва, че с него се регламентират дейностите по промотивни, профилактични, лечебни и рехабилитационни
--	--	--

	група от специалисти по здравни грижи, излиза извън обхват на нормата. Ето защо създаването на медицински стандарт по „здравни грижи“ няма нормативно заложено основание и е правно необосновано и неравноправно по отношение на останалите медицински специалисти, за които няма отделен медицински стандарт. На следващо място, не е ясно каква е концепцията, логиката и целта на стандарта по „здравни грижи“. В текста му са изброени различни специалности, но без последователност, а други просто липсват. Особено показателен е фактът, че „лекарските асистенти“ липсват сред посочените специалисти, въпреки че те също са част от тази категория персонал и осъществяват дейности по здравни грижи. От друга страна, при някои специалности, особено за медицинските сестри, стандартът урежда особено детайлно тяхната дейност и им предоставя множество правомощия, докато при други специалности липсва конкретика. Така структуриран, стандартът не отразява обща визия за системата на здравните грижи, а по-скоро е фрагментиран подход към отделни професии, без да е ясно на какви критерии се основава тази диференциация. По същество, стандартът по здравни грижи дублира и противоречи на вече уредени въпроси в действащите медицински стандарти по специалности.	здравни грижи, чийто обхват съвпада с професионалните дейности, извършвани от медицинската сестра, акушерката, рехабилитатора, медицинският лаборант, рентгеновият лаборант и масажиста (с увредено зрение), извършвани в съответствие с професионалните дейности, определени в наредбата по чл. 7 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на лекарските асистенти, на зъботехниците и на помощник фармацевтите (ЗСОМСААМСЛАЗПФ). Доколкото вече бе изяснено, проектът на медицински стандарт „Здравни грижи“ не се явява стандарт за „персонал“, а за конкретна медицинска дейност, осъществявана от определени категории медицински специалисти в него не са включени дейностите, осъществявани не само от лекарските асистенти, но и от зъботехниците и помощник-фармацевтите. Логиката и мотивите за разделянето на дейностите следва логиката и мотивите на разделяне на съсловните организации в ЗСОМСААМСЛАЗПФ. Проектът на медицински стандарт „Здравни грижи“ не дублира и не противоречи на вече уредени въпроси в действащите медицински стандарти по специалности. Той формулира общите изисквания за осъществяването на дейностите по здравни грижи и тяхното управление, които са универсални и
--	---	--

		Във всеки медицински стандарт, приет по реда на чл. 6 от ЗЛЗ, е определено какви дейности могат да извършват лекарите, медицинските сестри, лекарските асистенти и останалите медицински специалисти, което включва и необходимата степен на квалификация и отговорност. Ерго, няма нито правна, нито практическа логика в създаването на отделен стандарт, който да урежда отново правомощията на специалистите по здравни грижи. Здравната ни система има нужда от предвидимост и последователност, а не от нормативно препокриване, което поражда съмнения кой акт има предимство и как следва да се прилага, което създава правна несигурност. По същество на заложеното в медицинския стандарт: По отношение на потребностите от специалисти по здравни грижи в структури с легла са дадени предложения за обвързване на брой персонал с вид болнични легла, като основанието е Наредба 49 от 2010 г., но в същото време в нея се дава само дефиниция на видовете легла, но не съдържа изисквания за съотношение между легла и персонал. Важно е да се обърне внимание и на факта, че Наредба 49 беше изменена през 2021 г. като отпаднаха фиксираните изисквания за минимален брой лекари по специалности и тези изисквания бяха преместени и уредени в съответните медицински стандарти по специалности.	приложими за всички видове лечебни заведения и медицински специалности. Медицинските стандарти по определени медицински специалности могат да регламентират специфичните изисквания към тези дейности, като по този начин допълват и надграждат настоящия стандарт. Така както медицински стандарт „Превенция и контрол на вътреболничните инфекции“ не противоречи на залегналите в отделните медицински стандарти по медицински специалности изисквания за контрол на вътреболничните инфекции, дезинфекция, стерилизация и др. Проектът на стандарт не урежда правомощията на специалистите по здравни грижи, тъй като професионалните им дейности са определени в наредбата по чл. 7 от ЗСОМСААМСЛАЗПФ. И това обстоятелство е посочено в Глава I „Основна характеристика на медицинската дейност „Здравни грижи““, т. 3. „Обхват на здравните грижи“, подт. 3.1. на проекта на медицински стандарт. Не отговаря на обективната истина твърдението, че проектът на медицински стандарт посочва Наредба № 49 от 2010 г. като основание за обвързване на броя на специалистите по здравни грижи с вида болнични легла. Наредба № 49 от 2010 г. е цитирана само в контекста на понятието „фактически заети легла“, тъй като в нея е дадена легалната дефиниция на това понятие. Невярно е и твърдението, че до 2021 г. в
--	--	---	--

		С оглед на което текущият стандарт по здравни грижи въвежда обратно количествените изисквания, които нормативната рамка съзнателно изключи, за да даде по-голяма организационна самостоятелност на лечебните заведения.		Наредба № 49 от 2010 г. е имало фиксирани за изисквания за минимален брой лекари по специалности, които били „преместени“ в съответните медицински стандарти по специалности. Извън тези фактически неточности, следва да се отбележи, че съгласно чл. 6а, ал. 2, т. 2 от Закона за лечебните заведения медицинските стандарти следва да въвеждат изисквания към лицата, осъществяващи професионална дейност по медицинската специалност/медицинската дейност, като няма ограничение те да бъдат количествени и/или качествени. Въвеждането на минимални и препоръчителни изисквания към броя на специалистите по здравни грижи не само не противоречи на законовите норми, но и създава условия за устойчивост и предвидимост на системата както по отношение на планиране на нуждите от човешки ресурси на национално ниво и ниво лечебно заведения, така и по отношение на качеството за грижата за пациентите. Липсата на такива изисквания в условията на кадрови дефицит и голяма организационна самостоятелност на лечебните заведения, създава рискове за медицинското обслужване на населението и не мотивира управлението да задържа и привлича специалисти по здравни грижи. Освен това проектът на медицински стандарт „Здравни грижи“ въвежда минимални
--	--	--	--	--

		По отношение на кадровата обезпеченост: В проекта е заложено, че поради трайният недостиг на медицински сестри, те да бъдат разтоварени с наемането на здравни асистенти и болногледачи. Предвижда се до 20% от необходимия брой медицински сестри да се компенсира от съответния брой здравни асистенти с документ за завършено професионално обучение, които работят под ръководството и подпомагат дейността на медицинските сестри. Тук възниква въпросът, къде се обучават тези здравни асистенти и какво е нивото на тяхната компетентност. Считаме, че логична стъпка при компенсиране на липсата на медицински сестри, е да бъдат назначавани студенти именно от тази специалност, които и без друго се обучават в професионалното направление по „здравни грижи“. Същите биха	Не се приема.	изисквания за планиране на дейностите на национално и областно ниво. Отделните лечебни заведения имат организационната самостоятелност да определят своя персонал индивидуално, отчитайки спецификите на своята дейност, при спазване на въведените минимални изисквания и допустимо отклонение от 30% през първите 5 години и 10% през следващите 5 години. Така се постига необходимия баланс между организационната самостоятелност на болниците и техния мениджмънт и гарантирането на определено ниво на сигурност и качество на медицинското обслужване на пациентите. Здравните асистенти се обучават в лицензирани центрове за професионално обучение, в т.ч. в ЦПО, разкрити към медицински университети и лечебни заведения. Качеството на професионалното обучение в България се контролира от Министерството на образованието и науката (МОН) и Националната агенция за професионално образование и обучение (НАПОО). Те разработват системи и индикатори за мониторинг, които служат за оценка на ефективността и съответствието на образованието с нуждите на пазара на труда. Професионалните дейности, които осъществяват здравните асистенти са регламентирани в Наредба № 1 от 2011 г. за професионалните дейности, които
--	--	---	----------------------	---

	могли да бъдат назначавани като здравни асистенти в лечебните заведения предвид тяхната компетентност, заложена в Наредба 1. За фелдшерите и лекарските асистенти е посочено, че могат да работят само в болнични структури, осъществяващи дейности в обхвата на специалността „Спешна медицина“, като обема на осъществяваната от тях дейност се съобразява с определените им компетентности в областта на спешната медицинска помощ. Считаме, че това в голяма степен ограничава възможностите за намиране на работа на този вид специалисти, респективно не се дава възможност те да бъдат назначавани в други структури за болнична помощ. Предвид хроничния недостиг на кадри в здравеопазването, считаме, че би било добре на фелдшерите и лекарските асистенти да им се даде възможност за работа и реализация и в други структури за болнична помощ. Относно заложените в стандарта правомощия на главната медицинска сестра: Особено обезпокоителен е фактът, че стандартът възлага широки правомощия на главната медицинска сестра, включително такива,	Не се приема. Не се приема.	медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Професионалната компетентност на здравните асистенти е скрепена с държавния образователен стандарт, утвърден с Наредба № 7 от 2022 г. за придобиване на квалификация по професията „Здравен асистент“. Професията „лекарски асистент“ е въведена за кадрово обезпечаване на системата на спешната медицинска помощ и първичната медицинска помощ в отдалечени и труднодостъпни райони. Осъществяването на дейност в областта на спешната медицинска помощ е детайлно регламентирано в Наредба № 3 от 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“. Участието на лекарски асистенти в осъществяването на първична медицинска помощ е регламентирано в Закона за лечебните заведения. Професията „лекарски асистент“ не е създадена за обезпечаване дейността на лечебните заведения за болнична помощ. Законът за лечебните заведения регламентира изискванията към управлението на лечебните заведения за болнична помощ и изрично въвежда института на главната медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор).
--	---	---	---

	които излизат извън рамките на трудовите ѝ функции и навлизат в управленските и организационни правомощия на лечебното заведение. Главната медицинска сестра е служител на лечебното заведение и, съгласно Кодекса на труда и Закона за лечебните заведения, не притежава самостоятелна юридическа отговорност и управленски правомощия извън тези, делегирани ѝ от управителя или изпълнителния директор. Съгласно принципите заложи в Закона за лечебните заведения, политиката, структурата и организацията на работа се определят от ръководството на лечебното заведение, а не от отделен служител, независимо каква е неговата квалификация или административна позиция. Респективно, предоставянето на нормативно закрепени управленски функции на главната медицинска сестра, каквито стандартът въвежда (например правото да определя потребностите от персонал, да утвърждава вътрешни правила и да осъществява контрол върху изпълнението на политики), противоречи на основния принцип на подчиненост и излиза извън пределите на правомощията на специалността. Противоречие с медицинският стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина“: Освен изложеното по-горе, считаме, че е налице и несъответствие на стандарта с този по „физикална и рехабилитационна медицина“, касаещи дейността на рехабилитаторите и в по-малка степен на масажистите с увредено зрение.	В чл.70 на Закона за лечебните заведения са въведени специфични изисквания за квалификацията на главната медицинска сестра и са определени нейните основни функции. Въведени са изисквания и за наличие на старши медицински сестри, акушерки, рехабилитатори и лаборанти, които заедно с началниците на клиники/отделения осъществяват управлението на структурите, осъществяващи медицинските дейности в лечебните заведения за болнична помощ. Така законодателят е приел, че е необходимо на законово ниво да се гарантира професионалното управление на дейностите по здравни грижи на ниво болница и болнична структура. Управленските функции на ниво началник клиника отделение и старша медицинска сестра са доразвити в съответните медицински стандарти по отделните медицински специалности. Съвсем логично и необходимо е в медицинския стандарт „Здравни грижи“ да бъдат изчерпателно уредени функциите и правомощията на главната медицинска сестра (акушерка/рехабилитатор).
--	---	---

	Въпреки че изначално считаме, че стандартът С оглед на което за пълнота предлагаме следните корекции: □ В Глава II: - т. 1.2.5. да се замени със следния текст: Рехабилитатор – по назначение на лекар, специалист по ФРМ, самостоятелно или във взаимодействие с лекар прилага утвърдени и доказани средства и методики на медицинската рехабилитация като: функционални тестове и измервания; електро-, светло-, балнео-/хидро-, климато-, термо-, аерозоло-лечебни процедури; кинезиологичен и патокинезиологичен анализ; активна, пасивна и специализирана кинезитерапия; водоструйни процедури и подводна кинезитерапия; комбинирани методики; профилактични програми и други. След придобита допълнителна квалификация, съгласно въведените изисквания извършва терапевтични и рехабилитационни процедури с високотехнологична апаратура и съоръжения, в т.ч. лазер, екстензионна терапия, електростимулации, ПИР (с изключение на гръбначен стълб), роботизирана рехабилитация и др. -В т. 1.2.6. да отпадне хидротерапия от дейностите в обхвата на масажист с увредено зрение, поради невъзможност да се осъществява от лицата. -В т.6. Управлението на здравни грижи в извънболничната помощ включва планиране, организация и координация за извършване на назначените от лекар на пациента диагностични изследвания и медикаментозно лечение, на здравни	1.Приема се частично. 2.Приема се. 3.Не се приема.	1.Точка I от проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ е допълнена. Предлаганите дейности са посочени в т. 2.5.1. в проекта на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ (ФРМ), който е в заключителна фаза по утвърждаване. 2.Отразено в Глава II, т. 1.2.6. като освен хидротерапия със същите мотиви отпадат и термотерапия и инхалаторно лечение. 3.Предложението е редакционно. Ноторно известно е, че назначение на специалистите по здравни грижи може да се дава само и единствено от лекар или лекар-специалист.
--	--	---	---

	грижи и наблюдение на пациенти с поставена диагноза и назначено лечение от лекар в дома. Главният/старши рехабилитатор планира, организира и координира извършването на назначените от лекар, специалист по ФРМ терапевтични и рехабилитационни процедури. □ В Глава III: - В т.6.3. „определяне на рехабилитационен потенциал” да се замени с „в съответствие с определения от лекар, специалист по ФРМ рехабилитационен потенциал”, каквото е изискването на Медицинския стандарт по ФРМ. □ В Глава IV: - В т. 1.2.1.6. да отпаднат определените изисквания за минимален брой медицински сестри и рехабилитатори и се заменят с минималните изисквания, определени в Медицинския стандарт по ФРМ, в зависимост от нивото на компетентност на структурите с легла за физиотерапия и рехабилитация и в зависимост от спецификата и профила на структурите – за остри или хронични заболявания. Определените изисквания са и в противоречие с т.3.4.1. -В т.2.1.3. след специализираните медицински дейности по акушерство и гинекология да се добави и „специализираните медицински дейности по ФРМ, които се осъществяват от екип, включващ лекар, специалист по ФРМ и рехабилитатор”.	4.Не се приема. 5.Не се приема. 6.Не се приема.	4. Предложението е редакционно. Ноторно известно е, че назначение на специалистите по здравни грижи може да се дава само и единствено от лекар или лекар-специалист. Направено е допълнение на т. I. 5. В проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ са посочени минимални и препоръчителни изисквания за осигуреност с медицински персонал, осъществяващ професионална дейност по здравни грижи в лечебни заведения за извънболнична и болничната помощ. В стандарта изрично се посочва, че необходимият брой специалисти по здравни грижи за всяка структура се определя индивидуално. 6.Систематичното място на рехабилитаторите е в т. 2.1.7. Направено е допълнение на т. I от проекта на медицинския стандарт „Здравни грижи“. Рехабилитационният екип е подробно регламентиран в проекта на медицински стандарт ФРМ.
--	---	--	--

		-В т.2.1.7.1. от индикативния стандарт за натовареност на 1 рехабилитатор на смяна да останат 12 пациента, но да отпадне 36 процедури, тъй като са с различна сложност и продължителност. В заключение считаме, че приемането на медицински стандарт по здравни грижи не намира правно основание в действащата нормативна уредба. Съгласно чл. 6 от Закона за лечебните заведения, медицинските стандарти се създават по направления в медицината с цел определяне на изискванията към диагностично-лечебната дейност, а не за отделни професионални групи или длъжности. Подобен нормативен акт би довел до смесване на различни правни режими, дублиране и противоречия с вече действащите медицински стандарти по специалности, което води до правна несигурност, от която здравната ни система няма нужда. Ето защо предложеният стандарт по здравни грижи следва да бъде преразгледан, като се изясни неговата правна основа, обхват и съответствие със законовата рамка.	7. Не се приема.	7. По отношение на отделните структури в лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ в стандарта се посочва, че те се определят индивидуално, при съобразяване съответните минимални и препоръчителни изисквания. По този начин лечебните заведения имат организационната самостоятелност да определят своя персонал индивидуално, отчитайки спецификите на своята дейност, при спазване на въведените минимални изисквания. Така се постига необходимият баланс между организационната самостоятелност на болниците и техния мениджмънт и гарантирането на определено ниво на сигурност и качество на медицинското обслужване на пациентите. Целта на проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ е да се създаде мотивирана правна регламентация на изискванията към болничните структури за осигуряване на персонал, предоставящ здравни грижи, чрез която да се гарантира едновременно достъп на гражданите до медицинска помощ и качество на оказваните здравни грижи като най-съществен елемент от комплекса на медицинската помощ при осигуряване на защитата на правата на пациентите.
7.	Вх. № 94-3752 от 06.10.2025 г. от Ваня Кирчева – рентгенов лаборант,	С настоящото становище бихме искали да изразим своето категорично несъгласие с предложението за стандарт по здравни грижи в частта, отнасяща се до рентгеновите лаборанти. Предложеният документ съдържа редица неясноти, пропуски и недостатъци,	Не се приема.	Направен е коментар, без да има конкретни предложения по проекта на нормативен акт.

	Председател на регионален консултативен съвет на рентгеновите лаборанти към БАПЗГ – гр. Варна и Димитър Първанов - рентгенов лаборант, член на управителен съвет БАЛОДТ	които сериозно засягат професионалното развитие, квалификацията и статута на рентгеновите лаборанти в здравната система. 1. Липса на ясно разграничение между рентгенов и медицински лаборант. В стандарта не се прави достатъчно ясно разграничение между професиите рентгенов лаборант и медицински лаборант, което създава предпоставки за объркване на функциите, ролите и отговорностите на двете професии. 2. Не са посочени дейностите, свързани с работата в нуклеарната медицина, лъчетерапията, денталната медицина и инвазивната диагностика. Използвани са дейности преписани от стандарт по образна диагностика, преди навлизането на дигиталните технологии в образна диагностика и терапия. 3. Неконкретни изисквания към дейности и компетенции. - Предложеният стандарт не включва конкретни и ясно дефинирани изисквания към дейностите и компетенциите на рентгеновите лаборанти. Въз основа на Наредба № 1 от 08.02.2011 г. на МЗ, която също съдържа съществени пропуски и несъответствия, се изгражда неясна и непълна рамка, която не отразява съвременните реалности и нужди на професията. Следван един и същ образец за всички видове здравни професии включени в нея. Наредбата не е достатъчно добре структурирана и не е специфично насочена, не отразява спецификата на дейностите, които извършва рентгеновия лаборант. Пропуснати са важни елементи, които са пряко свързани със самостоятелната работа на		
--	--	---	--	--

	рентгеновия лаборант и намиращи отражение в рамката на професионалните компетентности. Тези неясноти водят до задълбочаване на дългогодишни проблеми в професията, включително: 1.Неравнопоставеност в рамките на здравните заведения Въпреки че рентгеновите лаборанти, медицинските лаборанти, рехабилитаторите и други асоциирани медицински специалисти се намират на едно йерархично ниво с медицинските сестри и акушерките, класификаторът на професиите ги разделя на бакалаври и професионални бакалаври въз основа на образователната степен. Това е крайно неприемливо, тъй като води до разлики в основните трудови възнаграждения, независимо от реалната отговорност и натовареност. 2.Липса на съвременно и адекватно следдипломно обучение В настоящия момент липсва адекватна система за следдипломна квалификация, която да отговаря на динамично развиващите се технологии и изисквания в сферата на образната диагностика. Това създава условия за изоставане в професионалната подготовка и ограничава възможностите за развитие на кадрите. 3.Разминаване между време и съдържание на обучението Към момента се отчита само продължителността на обучението, без да се взема предвид теоретичната и клинично-практическата		
--	--	--	--

		подготовка, която е съществена част от квалификацията. Това подценява ролята и сложността на професията рентгенов лаборант. 4.Недопустимост на практикуване без диплома Обръщам сериозно внимание и на проблема с допускането на лица без съответна диплома до упражняване на професията. Това явление се наблюдава все по-често с навлизането на нови длъжности, като например „дентален асистент“, които често изземват функции, близки до тези на квалифицираните рентгенови лаборанти, без да притежават необходимата теоретична и практическа подготовка. Тази практика не само противоречи на изискванията за безопасност, качество и контрол в здравеопазването, но и сериозно подкопава авторитета и труда на дипломираните специалисти. Допускането на лица с недостатъчна или неподходяща квалификация до дейности, изискващи висока отговорност и техническа компетентност, създава рискове за пациентите и дискредитира професията като цяло. 5.Регламентиран минимален брой рентгенови лаборанти В настоящия момент в стандартите по образна диагностика, включително денталната такава, липсва ясно регламентиран минимален брой рентгенови лаборанти спрямо броя апарати и работни смени. Това създава предпоставки за широко разпространени порочни практики, при които:		
--	--	--	--	--

		- Един рентгенов лаборант обслужва няколко апарата, разположени в различни кабинети, често и на различни етажи, в рамките на една смяна; - Се разкриват нови клинични практики без адекватно кадрово обезпечаване за всяка смяна; - Системно се нарушава трудовото и професионално натоварване на лаборантите, с което се застрашава качеството на обслужване, сигурността на пациента и здравето на персонала. Макар България да е сред страните с най-висока осигуреност с рентгенови апарати на глава от населението (особено дентални), това не се отразява в съответна кадрова осигуреност, нито се прилагат контролни механизми за спазване на минимални стандарти за безопасност на труда. Всичко това води до: - претоварване и професионално прегаряне на персонала, водещо до висока текучество и демотивация; - Невъзможност за пълноценно обслужване на пациента – ограничено време за обяснения, насочване и допълнителни наблюдения; - Потенциални грешки при извършване на изследвания поради прекомерна умора и бързане; - Неравноправие в системата, при което търговски интереси надделяват над здравните стандарти. Считаме, че е наложително да се извърши сериозен преглед и преработка на предложения стандарт, като се вземат предвид препоръките на Европейската федерация на рентгенологичните		
--	--	---	--	--

		дружества (които изчерпателно описват компетенциите ни), където се включва: Рентгеновият лаборант: - Ефективно, точно и безопасно практикува в съответствие с правните, етични и професионални норми; - Спазва етичните кодекси на поведение и правните норми в клиничната практика по отношение на конфиденциалността спрямо пациента; - Използва подходяща и правилна идентификация на пациента; - Взема информирано съгласие за провеждане на всяко изследване или лечение; - Избягва ненужните и минимизира необходимите експозиции като част от оптимизацията с цел поддържане на принципа ALARA; - Оптимизира процедурите или лечението, съобразно състоянието на пациента; - При работа с източници на йонизиращо лъчение строго спазва действащите стандарти за безопасност; - Прилага безопасни практики при процедури с нейонизиращи лъчения - Разпознава и описва нормални и патологични, болестни и травматични процеси в медицинската образна диагностика и прилага критично мислене, за оценка на диагностичната приемливост; - Прилага анатомични познания при техниките на изобразяване по време на прегледи, лечения или		
--	--	--	--	--

		интервенции, провеждани от медицински специалисти; - Разпознава и оценява нормалната и анормална физиология; - Прилага анатомични познания при техниките на изобразяване по време на прегледи, лечения или интервенции, провеждани от медицински специалисти. - Безопасна и ефективна работа с медицинско оборудване; - Ефективно и ефикасно използва здравни информационни технологии за обработка, съхранение, извличане и анализиране на данни; Разбира, манипулира, интерпретира и представя цифрови данни. - Прилага ефективни подходи за управление на клиничния риск в ежедневната практика към здравето и безопасността; - Оценява нуждите на пациентите и осигурява подходяща, холистична и специфична грижа в рамките на клиничните условия; - Способност за наблюдение и идентифициране на жизнените показатели и прилагане на животоподдържащи действия при необходимост; - Поддържа конфиденциалност при обработване и архивиране на данни, свързани с пациента и извършените му процедури при спазване на действащото законодателство за защита на данните. - Ефективно общува с персонала, пациентите и техните близки чрез използване на подходяща професионална терминология според изискванията;		
--	--	---	--	--

		- Формулира и предоставя информация на пациентите относно радиационната защита и процедурите за диагностика или лечение, които ще се прилагат; - Информира персонала за защитата при радиационно облъчване; - Безопасно съхранява, контролира и отчита контрастните вещества и други лекарства при строго спазване на протокола; - Информира пациента за рисковете от контрастните вещества и други лекарства. - При необходимост създава радиофармацевтици съгласно стандартите определени в съответните нормативни документи; - Може да идентифицира противопоказания във връзка с прилагането на всички видове лекарства. - Да бъде рефлексивен практикуващ и да работи автономно; - Познава обхвата на своята практика и компетентност като извършва процедури, съобразно компетентността си и търси съвет и помощ при необходимост; - Да прилага нови протоколи за безопасното използване на технологиите и процедурите; - Да оказва сътрудничество в рамките на мултидисциплинарния екип; Извършва клинична работа в рамките на своя професионален обхват като част от него; - В рамките на мултидисциплинарен екип да има принос за оценката, подобряване и поддържане качеството на професионалната практика; - Поема отговорност за собствените действия;		
--	--	---	--	--

		- Допринася за подобряване, поддържане и развитие качеството на професионалната практика като инициира и прилага процеси за управлението му, поемайки индивидуална отговорност чрез осигуряване на качествени изображения и лъчетерапия извършвана в съответствие с настоящите стандарти за безопасност; - Оценява резултатите от рутинните тестове за качествен контрол. - Строго прилага инструкциите за работа; - Планира и управлява натоварването и работния поток по ефективен начин, съобразно етичните норми; - При възможност помага при разрешаване на конфликти; - Прилага съответните национални и международни научни открития, теории, концепции и резултати от научни изследвания към проблемите в професионалната си практика; - Извършва изследвания и подпомага клиничния одит, самостоятелно или в сътрудничество с колеги, за подобряване на качеството на грижите и за по-нататъшно развитие на професионалната практика; - Популяризира резултатите от клиничния одит и изследванията. - Критично оценява собствения си опит и практика; Способност за одит на собствените умения и поставяне на цели; - Планира и организира професионална дейност и създава възможности за професионално развитие;		
--	--	---	--	--

		- Постоянно актуализира знанията си за прилагането им в професионалната практика; - Признава необходимостта от непрекъснато професионално развитие и учене през целия живот; - Управлява собствената си професионална кариера; - Да оцени получените изображения, преценявайки приемливостта на качеството на изображенията в контекста на състоянието на пациента. Това включва оценка на изображенията и преценка на потенциалната необходимост от допълнителни образни процедури за доказване отсъствието или присъствието и възможния характер на травмата или патологията; - При вземане на решения, свързани с грижите за пациента да се използват съответните национални и международни (научни) идеи, теории, концепции и резултати от научни изследвания и да се интегрират тези подходи в собствените професионални действия; Професията рентгенов лаборант заслужава адекватна регулация, признание и подкрепа, съответстващи на нейната значимост и натовареност.		
8.	Вх. № 94-3750 от 06.10.2025 г. Цветелина Зашева – старши рентгенов лаборант АСК Токуда болница	С настоящото писмо бих искала да изразя своето категорично несъгласие с предложението за стандарт по здравни грижи в частта, отнасяща се до рентгеновите лаборанти, поради следните основания: 1. Липса на разграничаване на рентгенови лаборанти от медицински лаборанти	Не се приема.	Направен е коментар, без да има конкретни предложения по проекта на нормативен акт.

		2. Изключването на час от професионалните ни отговорности и задължения, които са включени в European Qualifications Framework (EQF) и в стандартите на Министерството на здравеопазването (МЗ) за различните специалности, както следва: - о Нуклеарна медицина – НАРЕДБА № 11 от 30 юни 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Нуклеарна медицина“ - т. VI – 2.8. - о Дентална медицина - НАРЕДБА № 9 от 13 юли 2018 г. в т. 1.3 - о Инвазивна диагностика - НАРЕДБА № 9 от 13 юли 2018 г. в т. 1.3 - о Лъчетерапия (Лъчелечение) – МЗ НАРЕДБА № 6 от 29.01.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Лъчелечение" - т. 6.16 3. Противоречие и в действащите разпоредби в НАРЕДБА № 9 от 13 юли 2018 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Образна диагностика“ където изрично в т. 1.2. С рентгенов апарат работи само рентгенолог – специалист по образна диагностика, специализант по образна диагностика и/или рентгенов лаборант. В т.1.3. от същата наредба е предвидено че: Дейности с прилагане на конвенционални рентгенови методи, осъществявани в структури, различни от структури за образна диагностика, се осъществяват с участието на специалист по образна диагностика и/или рентгенов лаборант. Приемайки проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт Здравни, се създава противоречие с вече действащите нормативни		
--	--	--	--	--

		документи на Министерството на здравеопазването както и на посочените стандарти. Уважаеми дами и господа, като медицинска сестра с професионален опит в грижите за психично болни пациенти, бих искала да изразя становището си по повод публикувания за обществено обсъждане проект на медицински стандарт "Здравни грижи". Считам, че в бъдещия стандарт е изключително важно да се предвиди конкретно увеличение на броя медицински сестри. Работата в психиатричните структури в страната е особено натоварваща – както физически така и емоционално - и изисква не само високо ниво на компетентност, но и достатъчно персонал, за да се осигурят адекватни грижи, безопасност и подкрепа както на пациентите, така и на екипа. Надявам се при окончателното изготвяне на стандарта да бъде взета предвид необходимостта от реалистично определяне на нужния брой сестрински места и реалните нужди на системата. Моето предложение е една сестра да осъществява грижи за не повече от 6 до 7 пациента в рамките на стационарно психиатрично отделение. Предложеното съотношение 1:9 е крайно не достатъчно и поставя под въпрос възможността за качество и високо ниво грижи, съобразено с нуждите на пациентите и спазване на нормативните изисквания за професията.	Не се приема.	По съображенията, изложени в коментара към т. 5.
9.	Вх. № 94-3748 от 06.10.2025 г.	Във връзка с общественото обсъждане представям следните предложения:		

	временна промяна на съзнанието. В останалите случаи е достатъчно устно съгласие. Амбулаториите за здравни грижи (индивидуални или групови) са лечебни заведения за извънболнична помощ; дейностите на специалистите по здравни грижи са определени в Наредба No 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. За типичните интервенции (превенции, обучение, превръзки, катетърни грижи, венопункции/инфузии с нисък риск, рехабилитация и др.) не е задължително писмено информирано съгласие. Предлагам стандартът да възпроизведе този основан на риска подход, вместо да въвежда универсално писмено съгласие за целия обхват на амбулаторните здравни грижи. Предложение за текст: В амбулатории за здравни грижи писменото информирано съгласие е задължително в случаите предвидени със закон (чл. 89 от Закона за здравето). 3) Уточняване на отговорностите: Предложение: В случаите по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ, когато се изпълнява дейност по лекарско назначение, която попада в чл. 89 ЗЗ, писменото съгласие да се организира като част от лекарския процес (назначаване/провеждане), а в документацията на амбулаторията да се прилага копие от назначението		Информацията следва да е дадена на достъпен и ясен език (чл. 86, ал. 1, т. 7 от Закона за здравето). Право на пациента е да получи информация за цената на всяка една медицинска услуга, манипулация, лечение и лекарствените продукти в извънболничната и болничната помощ (чл. 86, ал. 2, т. 6 от Закона за здравето).
--	--	--	--

	и да се отразява изпълнението. 4) Да няма смесване на документи: клинично съгласие, финанси/такси, защита на лични данни 4.1 В декларацията се включва текст „дълга такса, която се съгласявам да заплащам“ и отметка „получих документ за всички извършени плащания – Да/Не“. Това не е елемент на информираното съгласие, а на финансовите отношения и следва да отпадне или да бъде уредено в отделен документ. 4.2 Уведомление за поверителност по чл. 13 GDPR (виж т. 5). 5) „Декларация за личните данни“ не е необходима; Предлагам уведомление: В здравните услуги обработването на лични и здравни данни обичайно се основава не на съгласие, а на: изпълнение на услуга/правно задължение (чл. 6 GDPR) и специалното основание за здравни грижи/обществен интерес (чл. 9, GDPR). Задължително е предоставяне на информация по чл. 13 GDPR, а съгласие се събира отделно само за допълнителни, несвързани цели. Предложение за примерен текст: „Администраторът предоставя на пациента Уведомление за поверителност по чл. 13 GDPR. Обработването за целите на здравните грижи се извършва на основания по чл. 6 и чл. 9 GDPR; съгласие се изисква само за несвързани цели.“ 6) Ако, все пак се вземе решение да се изисква задължително писмено информирано съгласие, отправям следните бележки към предложения текст: ➤ Обхват на съгласието е твърде общ	4. Не се приема.	4. Съдържанието на информираното съгласие цели намаляване на административната тежест за пациента, намаляване на формулярите, които е необходимо да се подписват и съхраняват на хартиен носител. Пациентът може да оттегли отказа си от предложената медицинска помощ или продължаването на започнатата медицинска дейност по всяко време, като в този случай медицинските специалисти не носят отговорност за евентуалното забавяне на лечебно-диагностичния процес. По силата на чл. 90, ал. 2 от Закона за здравето пациентът може да оттегли съгласието по всяко време и не е необходимо утвърждаването на специален формуляр за това. Достатъчно е неговото волеизявление в медицинската документация с подписи на лицето (чл. 90, ал. 2 от Закона за здравето). По силата на законовата делегация всяко лечебно заведение разработва информирано съгласие, в което минималното съдържание е определено от Закона за здравето. В зависимост от спецификата на дейността информираното съгласие може да бъде допълвано с други дейности от обхвата на здравните грижи.
--	--	-------------------------	--

		Формулировката „да извърши всички професионални дейности – самостоятелни и такива по назначение от лекар“ не индивидуализира конкретните манипулации и дейности. Това противоречи на принципа на информираното съгласие, който изисква съгласието да бъде конкретно, доброволно и информирано за всяка отделна процедура или група сходни процедури. Предложение: текстът да бъде заменен с „да извърши следните дейности по здравни грижи ... (описани/посочени в приложен информационен лист)“. ➤ Бланкетно поднесена и информация за рискове. Образецът посочва само, че рисковете са „разяснени“, но няма поле за тяхното конкретизиране или за прилагане на информационен лист. Предложение: включване на отделна секция „Рискове и алтернативи“, с възможност за попълване на писмена информация. ➤ Липса на дата и час. Образецът съдържа място за подпис, но липсват полета за дата и час на проведеното обсъждане, както и потвърждение, че действително е проведен разговор с възможност за въпроси и отговори. Предложение: да се добавят: „Дата и час“. ➤ Липса на поле за оттегляне на съгласие Пациентът има право да оттегли вече дадено съгласие по всяко време, съгласно чл. 88, ал. 2 от Закона за здравето. В образца е предвиден отказ от отделни дейности, но не и възможност за изрично оттегляне на вече дадено съгласие.		
--	--	--	--	--

		Предложение: включване на текст: „Пациентът има право да оттегли по всяко време даденото съгласие.“ ➤ Липсва позоваване на правната основа Образецът не съдържа позоваване на чл. 87–90 от Закона за здравето, които уреждат информираното съгласие и правата на пациента, а включва само чл. 313 НК относно отговорността за неверни данни. Това създава дисбаланс – акцент върху наказателната отговорност, но не и върху правата на пациента. Предложение: в образца да се включи препратка: „Настоящата декларация е съобразена с чл. 87–90 от Закона за здравето, уреждащи правата на пациента във връзка с информираното съгласие.“ Заключение: С тези промени стандартът ще бъде по-ясен, като същевременно ще съхрани правата на пациента и ще улесни работата на специалистите по здравни грижи.		
10.	Вх. № 94-3764 от 06.10.2025 г. Василка Гюрова- Кънчева	Предложения и коментари относно Проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ В настоящия проект на стандарта отделни елементи от процеса на дейността на професионалиста по здравни грижи (оценка, диагностика, планиране, изпълнение и оценка) са описани, но не е посочено изрично, че те формират единната концептуална рамка на „сестрински/акушерски процес“. За постигане на по-голяма яснота и методическа последователност се предлага в съответните текстове — особено в глава III „Изисквания за	1. Не се приема.	1. Медицинският стандарт не е учебно помагало.

	осъществяване на дейността по здравни грижи“ — изрично да се упомене, че посочените стъпки са съставни части на сестринския/акушерския процес. Това би осигурило по-добро съответствие с международно приетите стандарти в областта на здравните грижи (напр. ICN Framework for Nursing/Midwifery Practice или Nursing process-ANA) и би улеснило практическото прилагане на стандарта в обучението и ежедневната клинична практика. Поддържането на терминологична прецизност е съществен елемент за утвърждаване на единна професионална и научна база в медицинската практика и обучението. Използването на утвърдени термини допринася за яснота, съгласуваност между различните нормативни актове и професионални документи, както и за уеднаквяване на разбирането между професионалистите по здравни грижи. В този ред на мисли, използваният термин „взаимодействие“ (глава II , т.1.2.1) е коректен и отменящ съществуващите до момента модели на „разположение“ между различните медицински специалисти. Относно Глава III „Изисквания за осъществяване на дейността по здравни грижи“ т. 2 - Съгласно утвърдените теоретични модели и практики, сестринската/акушерска диагностика не се изчерпва с определянето на лечебно-охранителния режим. Тя представлява аналитичен етап от сестринския/акушерския процес, при който професионалистът по здравни грижи (медицинска сестра или акушерка) идентифицира актуални и		2.Не се приема. 2.Проектът на медицински стандарт изхожда от българската традиция, развитие на здравните грижи и общата рамка в здравеопазването. Съобразени са и тенденциите в развитието на съвременните теории за здравни грижи. Въпреки това нецелесъобразно е да се препраща към конкретни класификации, които биха могли да бъдат прилагани в обучението на
--	---	--	---

	потенциални проблеми на пациента, свързани с реакциите му към здравословното състояние, заболяването или лечението. Този процес включва интерпретация на данни, поставяне на сестринска диагноза и планиране на съответни интервенции. С оглед на това е целесъобразно текстът в наредбата да бъде допълнен или редактиран така, че ясно да отразява, че сестринската/акушерска диагностика обхваща систематична оценка и формулиране на проблеми и потребности от здравни грижи, а не само определянето на лечебно-охранителния режим, нямайки обща терминология или концепции с лекарски диагнози по МКБ или друга класификация, не касаеща професионалисти по здравни грижи. По отношение на международната класификация може да се предложи използването на стандартизирани системи като NANDA- I (вече преведена на български език) , ICNP, Omaha, CCC за сестрински/акушерски диагнози, които се прилагат широко в страните от Европейския съюз, САЩ и по света. Въвеждането на такава класификация би осигурило съпоставимост на практиките, по-добра проследимост на качеството на грижите и възможност за интеграция в хартиени/електронни здравни досиета. Относно глава III т. 3 - преди „Разработване на индивидуален план за здравни грижи“ е формулирането на сестринските/акушерските цели, което представлява третата стъпка в сестринския/акушерския процес — след оценката и поставянето на сестринската диагноза и преди	3. Не се приема.	специалистите по здравни грижи и да се официализират в нормативен акт. 3. Проектът на медицински стандарт изхожда от българската традиция, развитие на здравните грижи и общата рамка в здравеопазването. Съобразени са и тенденциите в развитието на съвременните теории за здравни грижи. Въпреки това нецелесъобразно е да се
--	---	-------------------------	--

		изготвянето на индивидуалния план за здравни грижи. В настоящия текст целите са упоменати (т.3.3), но не са ясно обособени като отделен етап, което може да доведе до неяснота при практическото прилагане и обучението. С оглед на това се предлага в глава III в раздела, описващ последователността на дейностите по осъществяване на здравните грижи, изрично да се добави етап „Формулиране на сестрински/акушерски цели“ между „Диагностика“ и „Разработване на индивидуален план за здравни грижи“. Тези цели следва да бъдат формулирани като конкретни, измерими, постижими, реалистични и времево определени (по критериите SMART), съобразени със състоянието, потребностите и възможностите на пациента. Такава редакция би осигурила логическа последователност и пълнота на представянето на сестринския/акушерския процес, съгласувана с международно приетите модели в здравните грижи. Диагностиката в здравните грижи е упомената като задължителна дейност на професионалистите, работещи в лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ, лечебните заведения по чл.5 и чл.10 от ЗЛЗ, но не и в структури за интегрирани здравно-социални услуги (глава III т.7). Не е ясно дали пропускът има умисъл или е техническа неволност. С оглед споменатото в глава III т. 10.4 „Периодичен контрол на качеството“ какви инструменти за неговото проследяване и оценка са		препраща към конкретни класификации, които биха могли да бъдат прилагани в обучението на специалистите по здравни грижи, но е и да се официализират в нормативен акт.
--	--	--	--	--

		предвидени? Ако има такива, желателно е да бъдат описани в основния текст, както и органите за изпълнение и обратна връзка. Относно глава V, т.4 и следвайки гореспоменатите коментари относно сестрински/акушерски процес отново липсва упоменаването на две от неговите стъпки в досието по здравни грижи, а именно- поставяне на цели и диагностика в областта на здравните грижи, които трябва да присъстват в минимума изисквания за досие. Освен това е удачно да се добави не само структурата, а и формите на досието (в смисъла на хартиен или електронен вариант).		
11.	Вх. № 94-3763 от 06.10.2025 г. Люпчо Илиев ст. рентг. лаб. отделение Лъчелечение – АСК УМБАЛ Токуда	Във връзка с публикувания за обществено обсъждане проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт "Здравни грижи" изразяваме възражение относно недостатъчното разграничаване и нормативно третиране на рентгенови и медицински лаборанти в една професионална категория. Професията на рентгеновият лаборант изисква познания в различни научни направления – медицинска физика, рентгенология, компютърна и ядреномагнитно-резонансна томография, нуклеарно-медицинска диагностика, лъчелечение, радиология и други науки. 1. Професионална специфика и несъвместимост на дейностите на рентгенов лаборант с медицински лаборант Рентгеновите лаборанти изпълняват диагностични и терапевтични изследвания и дейности свързани с образната диагностика,	Не се приема.	Професиите „рентгенов лаборант“ и „медицински лаборант“ са две различни регулирани медицински професии и проектът на стандарт ясно ги разграничава.

		нуклеарна медицина, лъчетерапия, дентална образна диагностика и други, които изискват: • Работа в среда с йонизиращи лъчения • Познания по медицинска физика, радиобиология и радиационна защита. • Дозиметричен контрол и спазване на специфични нормативни изисквания (напр. Наредба № 32/2005 г.) Професията медицински лаборант е свързана с познания в различни области на медицината: клинична лаборатория, микробиология, хистология с хистотехника, обща патология и паразитология. Медицинските лаборанти работят основно в клинични лаборатории, извършват биохимични, микробиологични, хистологични и хематологични анализи. 2.Липса на отделни критерии в проекта на наредбата Проектът третира рентгеновите лаборанти и медицински лаборанти като една и съща група специалисти, част от общата категория "специалисти по здравни грижи". Двете професионални групи не са разграничени по специфика, същност, както и по изискванията за знания, умения и отговорности. 3. Неяснота относно „групите изследвания“, действащите стандарти и спецификата на рентгеновите лаборанти в различните звена Съгласно действащите медицински стандарти по "Образна диагностика", "Нуклеарна медицина" и "Лъчелечение" рентгеновите лаборанти са неразделна част от специализираните звена и трябва		
--	--	---	--	--

		да притежават специализирана подготовка в различни диагностични и терапевтични методи, изискващи специфична техническа и радиационна подготовка. В така предложения проект липсва яснота по отношение на това какви „групи изследвания“ трябва да извършват рентгеновите лаборанти. Това е изключително важно, тъй като в различните звена – образна диагностика, лъчелечение, нуклеарна медицина – видовете изследванията и процедури са строго специфични. Липсва конкретика и яснота относно тези специфични различия и така предложените формулировки са общи и неприложими в работа на лаборантите в отделните звена. Това прави стандарта трудно приложим за рентгеновите лаборанти. 4.Посоченият брой рентгенови лаборанти е крайно недостатъчен Предложеният норматив за брой рентгенови лаборанти не отговарят на реалните нужди и натоварване в различните звена. Това може да доведе до сериозно претоварване на персонала, което крие риск за качеството на работа, за здравето и безопасността на специалистите рентгенови лаборанти, така и за пациентите. В съвременните условия на стремеж към прилагане на европейски и международни стандарти в здравеопазването е необходимо да се предприемат адекватни мерки относно обезпеченост с човешки ресурси, така че да се		
--	--	---	--	--

		гарантира ефективна, качествена и безопасна работа. На база на всичко изложено до тук предлагаме конкретни промени подкрепени с аргументи по някои ключови моменти от предложения проект касаещ рентгеновите лаборанти. ☐ Ясно и категорично разграничаване на рентгеновите от медицинските лаборанти, с отделни стандарти, съобразени със спецификите на всяка професия. ☐ Изясняване и конкретизиране на понятията „група изследвания“, съобразно различните направления в образната диагностика, лъчелечението и нуклеарната медицина, с оглед специфичните методики и технологии. ☐ Осигуряване на адекватен норматив за брой рентгенови лаборанти, който да съответства на обема и спецификата на работа в съответните звена, гарантирайки здравословни и безопасни условия на труд. Изложение относно конкретните дейности извършвани от рентгеновите лаборанти в лъчелечение. В лъчелечението рентгеновите лаборанти са ключова част от онкологичните екипи и изпълняват високоспециализирани дейности. Съгласно Наредба № 6 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Лъчелечение“ ☐ Рентгенови лъчетерапевтични лаборанти са специалисти, преминали през специализирано		
--	--	--	--	--

		обучение, преди да поемат отговорност за самостоятелно извършване на лъчелечебна дейност. □ Специалистите по Лъчелечение (лекари, физици, инженери, рентгенови лаборанти и сестри) трябва периодично да преминават през програми за поддържащо медицинско и немедицинско обучение. Специфика на професията "Рентгенов лаборант" в отделения по лъчелечение и предложения за стандартизиране а прилагане на йонизиращи лъчения в лечебния процес се изисква удостоверение за извършване на дейности с ИЙЛ (източници на йонизиращи лъчения) по реда на Закона за безопасно използване на ядрената енергия (ЗБИЯЕ) и медицински допуск за работа с ИЙЛ за всеки член на персонала на клиниката/отделението по лъчелечение. -Техническата сложност на процедурите в лъчелечение; -Необходимостта от непрекъснато обучение и сертифициране. Основни дейности на рентгеновите лаборанти в лъчелечение - Работа с линейни ускорители, високоспециализирани дейности, брахитерапия и други апарати за лъчелечение. - Компютър томографска симулация и позициониране при планиране на лъчелечението; - Работа с планиращи системи (TPS) - анатомо-топографско планиране; - Провеждане на ежедневен контрол на качеството на апаратурата;		
--	--	---	--	--

		- Спазване на протоколи за радиационна защита и дозиметричен контрол; - Други Тези дейности не могат да бъдат изпълнявани от медицински лаборанти или други специалисти по здравни грижи, поради липса на специфична подготовка и лицензиране. Заключение Обединяването на рентгеновите лаборанти с други специалисти по здравни грижи в проекта на наредбата не отразява реалната сложност и отговорност на професията, включително и на лаборант в лъчелечение. Настояваме за отделно нормативно третиране, което да гарантира регламентирането на професията „Рентгенов лаборант” съгласно европейските стандарти, потребностите на съвременното здравеопазване и възможностите за усъвършенстването им. Настояваме предложените промени и аргументи да бъдат взети под внимание при окончателното формулиране на стандарта, с цел повишаване на качеството на здравните грижи пряко изискванията в Закона за здравето и справяне с кадровия недостиг. Мотиви към предложенията Според данните от Националния електронен регистър на БАПЗГ страната е в остър кадрови дефицит от специалисти по здравни грижи. Недостигът на специалисти излага на риск както диагностичния, лечебен и възстановителен процес		
--	--	--	--	--

		на пациентите, така и здравето и труда на самите професионалисти по здравни грижи. Специалистите по здравни грижи носят висока отговорност за живота и здравето на пациентите. Функционирането на здравната система е невъзможно без обезпеченост с човешки ресурс. За да се повиши интереса към специалността „Рентгенов лаборант“ и запазим малкото останали специалисти по професията са нужни спешни мерки и законодателни промени.		
12.	Вх. № 62-08-31 от 06.10.2025 г. Български лекарски съюз	Във връзка с представения проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“, публикуван на интернет страницата на Министерство на здравеопазването на Република България („Проекта (-ът)“, моля да имате предвид следното: Според § 1 на Проекта, терминът „специалист по здравни грижи“ е лице, придобило професионална квалификация по специалност от регулираните професии от професионално направление „Здравни грижи“ – „медицинска сестра“, „акушерка“, „медицински лаборант“, „рентгенов лаборант“, „рехабилитатор“, „масажист (с увредено зрение)“. Липсват обаче важни професионални групи като лекарски асистенти и фелдшери, които също играят основна роля в извънболничната помощ. Професионалистите в тези сфери също следва да имат ясно определени изисквания нивото на осигуреност в здравните заведения, както и стандарти за качеството на тяхната работа. Пропускът на тези групи не само ограничава обхвата на стандарт, но и води до непълно	Не се приема.	Проектът на медицински стандарт „Здравни грижи“ е изготвен в изпълнение на изискване на Националния план за възстановяване и устойчивост на Република България (реформа C12.R3). Професията „лекарски асистент“ е въведена за кадрово обезпечаване на системата на спешната медицинска помощ и първичната медицинска помощ в отдалечени и труднодостъпни райони. Осъществяването на дейност в областта на спешната медицинска помощ е детайлно регламентирано в Наредба № 3 от 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“. Участието на лекарски асистенти в осъществяването на първична медицинска помощ е регламентирано

		регламентиране на дейността в ключови сфери на здравеопазването. Проектът на наредба поставя изисквания за минимална осигуреност със специалисти по здравни грижи в различни лечебни заведения, включително болнични и извънболнични структури. Това включва определяне на брой специалисти по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, рехабилитатори и други), които трябва да бъдат налични в зависимост от типа лечебно заведение и предоставяните услуги. Въпреки, че тези изисквания са включени в различни медицински стандарти по специалности, самият Проект въвежда допълнителни и често противоречиви изисквания, които могат да доведат до сериозни правни и практически проблеми.	Приема се частично.	в Закона за лечебните заведения. Професията „лекарски асистент“ не е създадена за обезпечаване дейността на лечебните заведения за болнична помощ. Доколкото вече бе изяснено, проектът на медицински стандарт „Здравни грижи“ регламентира конкретна медицинска дейност, осъществявана от определени категории специалисти по здравни грижи. В проекта на медицински стандарт не са включени дейностите, осъществявани не само от лекарските асистенти, но и от зъботехниците и помощник-фармацевтите. Логиката и мотивите за разделянето на дейностите следва логиката и мотивите на разделяне на съсловните организации в ЗСОМСААМСЛАЗПФ. Действащите в момента медицински стандарти по отделни медицински специалности не въвеждат количествени изисквания за броя на специалистите по здравни грижи, които да са в противоречие с проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“. На първо място, в нито един медицински стандарт не е въведено изискване за обвързване на броя на медицинските сестри и другите специалисти по здравни грижи с обема на осъществяваните дейности и броя на заетите легла. В някои от медицинските стандарти са заложили препоръчителни изисквания за съотношение между лекари и сестри 1:2, което
--	--	---	----------------------------	---

	В съответствие с чл. 10, ал. 1 от Закона за нормативните актове (ЗНА) който предвижда, че обществени отношения от една и съща област трябва да се уреждат с един нормативен акт, а не с няколко нормативни актове от същата степен, този Проект противоречи на принципите на правната яснота и последователност. Чл. 10, ал. 2 от ЗНА изрично посочва, че когато обществени отношения попаднат в област, в която вече съществува издаден нормативен акт, те следва да се уреждат с допълнение или изменение на този акт, а не с нов, отделен нормативен акт от същия ранг. Основният проблем с включването на тези изисквания за минимална осигуреност със специалисти по здравни грижи в Проекта е, че те водят до дублиране на изисквания и създават необходимост от едновременно спазване на различни нормативни актове, които не са синхронизирани помежду си. В момента изискванията за минималната осигуреност със специалисти по здравни грижи вече са регламентирани в съществуващите медицински стандарти по съответните специалности. Поставянето на допълнителни изисквания в Проекта създава дублиране, което води до риск от противоречия между два нормативни акта със същия ранг. Тези противоречия могат да се изразяват в различия в минималните изисквания за персонал в зависимост от специалността, или типа лечебно заведение, като по този начин се създава правна несигурност за лечебните заведения и специалистите по здравни грижи. Възможно е	също е установена в световен мащаб норма, която не влиза в противоречие, а напротив допълва нормата за минималния брой специалисти по здравни грижи, определен по реда на този стандарт. Второ, проектът на медицински стандарт „Здравни грижи“ въвежда стандарти за определяне на потребностите по здравни грижи, които се използват за планиране на потребностите в областните и Националната здравна карта, т.е. на национално и областно ниво. Стандартите за структурите с легла са определени по видове болнични легла, а не по медицински специалности. В този смисъл също не е налице противоречие и дублиране на регламентирането на дейностите между отделните медицински стандарти. Трето, по отношение на отделните структури в лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ в проекта на стандарт се посочва, че те се определят индивидуално, при съобразяване съответните минимални и препоръчителни изисквания. По този начин лечебните заведения имат организационната самостоятелност да определят своя персонал индивидуално, отчитайки спецификите на своята дейност, при спазване на въведените минимални изисквания и допустимо отклонение от 30% през първите 5 години и 10% през следващите 5 години. Така се постига необходимия баланс между организационната самостоятелност на болниците и техния
--	--	---

	различни изисквания за минимална осигуреност да се прилагат към едни и същи структури за предоставяне на здравни грижи, което да затрудни тяхното правилно изпълнение и да доведе до правни конфликти относно обхвата на изискванията. БЛС счита, че вместо да се въвеждат нови изисквания за осигуреност, Проектът следва да се интегрира с вече съществуващите медицински стандарти, като тези изисквания за минимален брой специалисти по здравни грижи трябва да бъдат конкретизирани в тях. Необходимо е да се елиминира дублирането на тези изисквания и да се гарантира, че различните стандарти не влизат в противоречие помежду си. БЛС подчертава, че гъвкавостта и яснотата на изискванията за осигуреност със специалисти по здравни грижи е от съществено значение, за да се осигури не само качеството на здравните грижи, но и правната сигурност за здравните институции и специалисти, които изпълняват тези задължения. Въпреки, че проектът поставя изисквания за осигуреност със специалисти по здравни грижи, като тези изисквания са разпределени в различни категории в зависимост от типа на лечебното заведение, включително болнична и извънболнична помощ, в същото време Проектът не отчита достатъчно реалните нужди спецификата на различните видове лечебни заведения, което води до значителни пропуски и потенциални проблеми при неговото прилагане. Основният проблем се състои в непълно и неоптимално разглеждане на	Не се приема.	мениджмънт и гарантирането на определено ниво на сигурност и качество на медицинското обслужване на пациентите. Независимо от изложеното и с цел недопускане на колизия между отделните медицински стандарти, в проекта на медицинския стандарт „Здравни грижи“ е включен следният текст: „Медицинският стандарт „Здравни грижи“ съдържа общата уредба на обществените отношения в областта на здравните грижи. Други медицински стандарти по чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения може да предвидят отклонения от този стандарт, ако това се налага от естеството на уредената от тях медицинска специалност/медицинска дейност.“ Центровете за спешна медицинска помощ са второстепенни разпоредители с бюджет към Министерство на здравеопазването и видовете спешни екипи и числеността на персонала в тях, в т.ч. на специалистите по здравни грижи се определя в Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ. Именно затова предлагания проект не съдържа никакви стандарти за определяне на потребностите и изисквания за осигуреност в персонал в тези лечебни заведения,
--	--	----------------------	---

		различията в структурирането и функционирането на здравните заведения. Пример за това са Центровете за спешна медицинска помощ („ЦСМП“), които играят ключова роля в осигуряването на първоначални и животоспасяващи грижи, особено в извънболнични условия. Тези структури са особено чувствителни по отношение на осигуреността със специалисти, тъй като те осигуряват не само диагностика, но и непосредствена медицинска помощ в критични ситуации, често на пациенти с животозастрашаващи състояния. Въпреки значението им, Проектът не осигурява ясни и специфични изисквания за осигуреност с медицински персонал именно в тези структури. Центровете за спешна медицинска помощ, които осигуряват спешни медицински грижи на територията на целия регион, често работят при много специфични условия – с много динамично и често непредвидимо натоварване, което значително различава тези структури от стандартните болнични заведения. Въпреки това Проектът поставя изисквания за осигуреност със специалисти, които не отразяват по адекватен начин спецификата на тези заведения. За да бъде гарантирана оптимална ефективност и съгласуваност в работата на тези структури, изискванията за осигуреност със специалисти следва да фигурират в медицински стандарт „Спешна медицина“, а не в Проекта, както е предложено в момента. Медицинският стандарт „Спешна медицина“ вече обхваща специфичните		препращайки към ПУДЦСМП, като това е изрично посочено в настоящия проект. По този начин се спазва именно принципа на ЗНА за уреждане на обществените отношения в един нормативен акт.
--	--	---	--	--

	потребности и изисквания за Центровете за спешна медицинска помощ, като отчита динамиката на работа и нуждата от незабавни медицински действия при критични състояния. От друга страна, Проектът не съдържа ясни и конкретни изисквания относно устройството и оборудването на помещенията, в които специалистите по здравни грижи осъществяват своята дейност, особено в контекста на индивидуалните и групови практики по здравни грижи. Тези изисквания са от съществено значение за гарантиране на високото качество и безопасността на предоставяните здравни услуги, както и за осигуряване на здравето и благосъстоянието на пациентите и специалистите, които работят в тези условия. Безопасността и хигиената са основни компоненти на качествено здравеопазване, като всяко отклонение от тези стандарти може да има сериозни последици. Липсата на ясни указания в проекта относно условията на работа и изискванията към помещенията води до потенциални рискове за здравето на пациентите, както и за физическата и психическата безопасност на специалистите по здравни грижи. Неопределеността по отношение на изискванията към работните условия поставя въпросителни относно безопасността на самото здравно заведение и осигуреността с подходяща инфраструктура за изпълнение на основните медицински задължения.	Не се приема.	Амбулаториите за здравни грижи, които могат да бъдат индивидуална практика за здравни грижи и групова практика за здравни грижи се явяват лечебни заведения за извънболнична помощ по чл. 8, ал. 1, т. 5 от Закона за лечебните заведения. Съгласно чл. 39, ал. 4 от Закона за лечебните заведения основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за извънболнична помощ се определят с наредба на министъра на здравеопазването. В наредбата по чл. 39, ал. 4 от Закона за лечебните заведения следва да бъдат определени здравните изисквания към помещенията на лечебните заведения за извънболнична помощ, както и осигуряване на противоепидемичен режим в тях. Амбулаториите за здравни грижи осъществяват своята дейност след регистрация по реда на чл. 40 от ЗЛЗ, като в хода на регистрацията съответната регионална здравна инспекция извършва проверка за спазване на здравните изисквания, в т.ч. създадената организация за осигуряване на хигиена и безопасност на работната среда. Обръщаме внимание, че амбулаториите по здравни грижи
--	---	----------------------	--

	Възможността за разпространение на инфекциозни заболявания в медицински условия, както и рисковете от трудови травми и психо-емоционални натоварвания правят критично важно спазването на строги хигиенни стандарти и гарантиране на подходящи условия за работа. Всеки медицински кабинет или помещение, в което се предоставят здравни грижи, следва да отговаря на минимални изисквания по отношение на чистота и дезинфекция, безопасност на работната среда, подходящо осветление и вентилация, пр. Съвременното медицинско оборудване е основа за предоставянето на качествени здравни грижи. От липсата на минимални изисквания към медицинското оборудване в Проекта произтича сериозен риск за качеството на здравните услуги, които се предоставят в различни здравни заведения. Проектът не адресира достатъчно изисквания за осигуряване на необходимото медицинско оборудване. Индивидуалните и групови практики по здравни грижи следва да бъдат регулирани в Проекта с ясно дефинирани изисквания относно устройството и оборудването на помещенията, в които се осъществява тяхната дейност. Възможно е тези практики да работят с ограничени ресурси и пространство, но въпреки това условията трябва да бъдат съобразени с основните принципи за безопасност и качество на работа. С оглед на гореизложеното, Българският лекарски съюз категорично не подкрепя предложения Проект на наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“. Проектът е	са длъжни да спазват разпоредбите на медицински стандарт Превенция и контрол на вътреболничните инфекции и цялата друга приложима нормативна уредба, касаеща безопасността и хигиената в лечебните заведения. Контролът по спазването им се осъществява от РЗИ, както за всички други лечебни заведения. С Наредба № РД-02-20-3 от 2015 г. за проектиране, изпълнение и поддържане на сгради за обществено обслужване в областта на образованието и науката, здравеопазването, културата и изкуствата, Част трета. Сгради за здравеопазване и лечебни заведения са определени минималните изисквания при проектиране, изпълнение и поддържане на сгради за обществено обслужване в областта на здравеопазването и специфичните експлоатационни показатели на контролируемите параметри и на техническите изисквания към строителните продукти с оглед удовлетворяване на основните и функционалните изисквания към тези сгради и към вътрешните им сградни инсталации.
--	---	--

		не само недостатъчно изчерпателен, но и противоречив като не отчита основополагащи принципи на медицинската практика и здравната система. Липсата на конкретни изисквания за ключови професионални групи като лекарски асистенти и фелдшери, неяснотите в регулирането на минималната осигуреност със специалисти и липсата на яснота относно условията на работа и медицинското оборудване, създават сериозни рискове за качеството на здравните грижи и за правната сигурност на здравните институции и специалисти. В допълнение, дублирането на изискванията и липсата на синхронизация с вече съществуващите медицински стандарти нарушават принципите на правната яснота и последователност, установени в закона. Проектът , в настоящия му вид, не само забавя напредъка на здравната система, но и създава правна несигурност, което може да доведе до тежки практическо-правни проблеми и конфликти.		
13.	Вх. № 15-00-226 от 07.10.2025 г. от проф. Кирил Панайотов председател на УС на Асоциация по Физикална и рехабилитационна медицина	Във връзка с поместения на страницата на МЗ проект на Наредба за утвърждаване на Медицински стандарт „Здравни грижи“, моля да вземете предвид нашето становище, което подаваме в посочения срок, а именно: Публикуваният за обществено обсъждане Медицински стандарт „Здравни грижи” е много добре структуриран, изключително подробен и обхваща всички елементи от характеристиката, изискванията към лицата, осъществяващи професионалната дейност, изискванията за		

	осъществяване на самата дейност, осигуреността с медицински персонал, контролът на качеството и документирането и отчитането на дейността от обхвата на здравните грижи. Извън факта за неговата полезност, моля да вземете предвид това, че са налице редица неточности, пропуски и несъответствия е НАРЕДБА № 30 от 19.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ (Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 85 от 28.09.2004 г., в сила от 1.10.2004 г., изм., бр. 102 от 22.12.2009 г., изм. и доп., бр. 67 от 27.08.2010 г., бр.. 92 от 23.11.2010 г., изм., бр. 63 от 30.07.2021 г.), касаещи дейността на рехабилитаторите и в по-малка степен на масажистите с увредено зрение. Във връзка е гореизложеното и цел недопускане на противоречия, които биха създали проблеми по отношение на отговорностите, контрола и реда за предоставяне на качествена медицинска помощ, предлагаме следните корекции: > В Глава II: - Текста в т. 1.2.5. „Рехабилитатор - самостоятелно или във взаимодействие с лекар прилага утвърдени и доказани методи на функционална диагностика и лечение на заболявания и състояния, включващи или водещи до двигателен дефицит и използващи средствата на физикалната медицина - електролечение, светлолечение, хидротерапия и балнеолечение, кинезитерапия (пасивна, активна и специализирана) и лечебен масаж“, да се замени със следния текст:	1.Приема се частично.	1. Точка I от проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ е допълнена. Предлаганите дейности са посочени в т. 2.5.1. в проекта на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ (ФРМ), който е в заключителна фаза по утвърждаване.
--	---	------------------------------	---

	„Рехабилитатор - по назначение на лекар, специалист по ФРМ, самостоятелно или във взаимодействие с лекар прилага утвърдени и доказани средства и методики на медицинската рехабилитация като: функционални тестове и измервания; електро-, светло-, балнео-/хидро-, климате-, термо-, аерозоло-лечебни процедури; кинезиологичен и патокинезиологичен анализ; активна, пасивна и специализирана кинезитерапия; водоструйни процедури и подводна кинезитерапия; комбинирани методики; профилактични програми и други. След придобита допълнителна квалификация, съгласно въведените изисквания извършва терапевтични и рехабилитационни процедури с високотехнологична апаратура и съоръжения, в т.ч. лазер, екстензионна терапия, електростимулации, ПИР (с изключение на гръбначен стълб), роботизирана рехабилитация и др.“ - В текста на т. 1.2.6. „Масажист с увредено зрение - извършва дейности в областта на физикалната и рехабилитационната медицина, включващи лечебен масаж, класически масаж и масаж със специализирани техники, пасивна кинезитерапия, термотерапия и инхалаторно лечение и хидротерапия“, да отпадне текста: „и хидротерапия“ от дейностите в обхвата на масажист с увредено зрение, поради невъзможност да се осъществява от лицата. - Към текста в т. 6. „Управлението на здравните грижи в извънболничната медицинска помощ включва планиране, организация и координация за		2.Приема се. 3.Не се приема.	2. Отражено в Глава II, т. 1.2.6. като освен хидротерапия със същите мотиви отпадат и термотерапия и инхалаторно лечение. 3. Предложението е редакционно. Ноторно известно е, че назначение на специалистите по
--	---	--	--	---

	извършване на назначените на пациента диагностични изследвания и медикаментозно лечение, на здравни грижи и наблюдение на пациенти с поставена диагноза и назначено лечение в дома. “ да се добави: след думата „назначените“ думите „от лекар“, след думите „назначено лечение“ да се добавят думите „от лекар“, както и да се добави ново изречение, както следва: „Главният/старши рехабилитатор планира, организира и координира извършването на назначените от лекар, специалист по ФРМ терапевтични и рехабилитационни процедури.“ След описаната по-горе корекция, моля текста на т. 6 да бъде редактиран, както следва: „Управлението на здравни грижи в извънболничната помощ включва планиране, организация и координация за извършване на назначените от лекар на пациента диагностични изследвания и медикаментозно лечение, на здравни грижи и наблюдение на пациенти с поставена диагноза и назначено лечение от лекар в дома. Главният/старши рехабилитатор планира, организира и координира извършването на назначените от лекар, специалист по ФРМ терапевтични и рехабилитационни процедури.“ В Глава III: - В текста на т. 6.3. „поставяне на сестринска диагноза/акушерска диагноза, определяне на рехабилитационен потенциал, съответно от медицински сестри, акушерки и рехабилитатори, на изявен или потенциален проблем и планиране на дейности за подобряване състоянието на пациента; текста „определяне на рехабилитационен	4. Не се приема.	здравни грижи може да се дава само и единствено от лекар или лекар-специалист. 4. Предложението е редакционно. Ноторно известно е, че назначение на специалистите по здравни грижи може да се дава само и единствено от лекар или лекар-специалист. Направено е допълнение на т. I.
--	---	-------------------------	---

		потенциал“ да се замени е „в съответствие с определения от лекар, специалист по ФРМ рехабилитационен потенциал”, което е в съответствие с НАРЕДБА № 30 от 19.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“. > В Глава IV: - От текста на т. 1.2.1.6. „За структури с легла за физиотерапия и рехабилитация, съгласно § 1, т. 12 от допълнителната разпоредба на Наредба № 49 от 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, необходимият минимален брой медицински сестри се определя на база съотношение 1 медицинска сестра на 15 легла при 24-часов непрекъснат режим на грижа. Необходимият минимален брой рехабилитатори се определя на база съотношение 1 рехабилитатор на 5 легла на смяна.“ да отпаднат определените изисквания за минимален брой медицински сестри и рехабилитатори и се заменят в зависимост от нивото на компетентност на структурите с легла за физиотерапия и рехабилитация и в зависимост от спецификата и профила на структурите - за остри или хронични заболявания. - Т. 1.2.2.3. „Необходимият минимален брой рехабилитатори в болничната помощ се определя въз основа на определените в Националната здравна карта по чл. 29, ал. 1 от ЗЛЗ потребности от болнични дейности/структури по физикална и рехабилитационна медицина и следните стандарти	5.Не се приема.	5.В проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ са посочени минимални и препоръчителни изисквания за осигуреност с медицински персонал, осъществяващ професионална дейност по здравни грижи в лечебни заведения за извънболнична и болничната помощ. В стандарта изрично се посочва, че необходимият брой специалисти по здравни грижи за всяка структура се определя индивидуално.
		Т. 1.2.2.3. „Необходимият минимален брой рехабилитатори в болничната помощ се определя въз основа на определените в Националната здравна карта по чл. 29, ал. 1 от ЗЛЗ потребности от болнични дейности/структури по физикална и рехабилитационна медицина и следните стандарти	6.Не се приема.	6.Проектът на медицински стандарт обхваща само регулирани медицински професии от професионално направление „Здравни грижи“,

		за осигуреност“ да се измени както следва 1.2.2.3.„Необходимият минимален брой здравни професионалисти от професионални направления „Здравни грижи“ и „Обществено здраве“ в болничната помощ се определя въз основа на определените в Националната здравна карта по чл. 29, ал. 1 от ЗЛЗ потребности от болнични дейности/структури по физикална и рехабилитационна медицина в зависимост от вида и обема на осъществяваните дейности:“ - Т. 1.2.2.3.1. „В структури от първо и второ ниво - 3 рехабилитатори за всяка работна смяна.“ - да отпадне. - Т. 1.2.2.3.2. „В структури от трето ниво на компетентност – 5 рехабилитатори за всяка работна смяна. да отпадне. - В текста на т. 2.1.3. Препоръчително е специализираните медицински дейности в извънболничната помощ да се осъществяват от екип, включващ лекар специалист и медицинска сестра, с изключение на специализираните медицински дейности по акушерство и гинекология, които да се осъществяват от екип, включващ лекар специалист по акушерство и гинекология и акушерка.“, след текста „специализираните медицински дейности по акушерство и гинекология“ да се добави „и специализираните медицински дейности по ФРМ, които се осъществяват от екип, включващ лекар, специалист по ФРМ, рехабилитатор и други членове на рехабилитационния екип”.	7.Не се приема.	но не и от професионално направление „Обществено здраве“. 7.Систематичното място на рехабилитаторите е в т. 2.1.7. Направено е допълнение на т. I от проекта на медицинския стандарт „Здравни грижи“. Рехабилитационният екип е подробно регламентиран в проекта на медицински стандарт ФРМ.
--	--	--	-----------------	--

		- В т.2.1.7.1. При комплексно изпълнение (един изпълнител (рехабилитатор) осъществява назначеното лечение в отделните секции (различни фактори) при един и същи болен - необходимият брой рехабилитатори се определя въз основа на броя на извършваните процедури и индикативен стандарт за натовареност на 1 рехабилитатор на смяна 12 пациента/36 процедури дневно. В зависимост от степента на сложност на извършваните дейности и процедури, този брой може да се коригира .да отпадне текста „необходимият брой рехабилитатори се определя въз основа на броя на извършваните процедури и индикативен стандарт за натовареност на 1 рехабилитатор на смяна 12 пациента/36 процедури дневно. В зависимост от степента на сложност на извършваните дейности и процедури, този брой може да се коригира.“. След текста „при един и същи болен“ да бъде добавен „необходимият брой здравни професионалисти от професионални направления „Здравни грижи“ и „Обществено здраве“ се определя въз основа на вида и броя на секциите/кабинетите и в зависимост от вида и обема на осъществяваните дейности.“. - В т.2.1.7.2. „При секционен изпълнение (различни изпълнители от отделните секции/кабинети по определените направления на специалността (различни фактори) при един пациент) необходимият брой рехабилитатори се определя въз основа на вида и броя на секциите/кабинетите, обслужвани от един рехабилитатор и броя на извършваните процедури в	8. Не се приема.	8. По отношение на отделните структури в лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ в стандарта се посочва, че те се определят индивидуално, при съобразяване съответните минимални и препоръчителни изисквания. По този начин лечебните заведения имат организационната самостоятелност да определят своя персонал индивидуално, отчитайки спецификите на своята дейност, при спазване на въведените минимални изисквания. Така се постига необходимия баланс между организационната самостоятелност на болниците и техния мениджмънт и гарантирането на определено ниво на сигурност и качество на медицинското обслужване на пациентите. Целта на проекта на медицински стандарт „Здравни грижи“ е да се създаде мотивирана правна регламентация на изискванията към болничните структури за осигуряване на персонал, предоставящ здравни грижи, чрез която да се гарантира едновременно достъп на гражданите до медицинска помощ и качество на оказваните здравни грижи като най-съществен елемент от комплекса на медицинската помощ при осигуряване на защитата на правата на пациентите. Проектът на медицински стандарт обхваща само регулирани медицински професии от професионално направление „Здравни грижи“, но не и от професионално направление „Обществено здраве“. Определянето на
--	--	--	------------------	--

		съответната секция/кабинет при съобразяване с индикативните стандарти за натовареност на 1 рехабилитатор по т. 2.1.7.1.“ да се измени както следва 2.1.7.2. „При секционен изпълнение (различни изпълнители от отделните секции/кабинети по определените направления на специалността (различни фактори) при един пациент) необходимият брой здравни професионалисти от професионални направления „Здравни грижи“ и „Обществено здраве“ се определя въз основа на вида и броя на секциите/кабинетите и в зависимост от вида и обема на осъществяваните дейности. - Т. 3.4.1. „Необходимият брой рехабилитатори в болничните структури, се определя индивидуално за всяка структура, като за основни критерии се приемат нивото на компетентност на съответната структура и вида и броя на прилаганите методи и свързаната с тях апаратура, като се съобразява и броят на обслужваните пациенти, стандарти за минимална осигуреност по т. 1.2.2.3.1 - т. 1.2.2.3.3 и конкретните потребности на структурата.“ да се измени, както следва 3.4.1. „Необходимият брой на специалистите по здравни грижи в болничните структури, се определя индивидуално за всяка структура, като за основни критерии се приемат нивото на компетентност на съответната структура и вида и обема на осъществяваните дейности.“. УВАЖАЕМИ ДОЦ. Д-Р КИРИЛОВ, Надяваме се, че ще приемете направените от нас малки, но съществени предложения за изменение и допълнение на представения за обществено		необходимия брой специалисти по здравни грижи в различните видове лечебни заведения е заложено в Националния план за възстановяване и устойчивост на Република България (реформа C12.R3).
--	--	--	--	--

		обсъждане проект. Същите са направени с целта да не допускаме противоречия със съществуваща вече регулация, да не допускаме липса на дефиниране на отговорностите, както и да се предотвратят евентуалните разнопосочни тълкувания и позовавания при извършването на контрола по прилагането на медицинските стандарти. Предложенията ни са насочени изцяло в посока недопускане на превишаване на права при предоставянето на качествена медицинска помощ, недопускане на неизпълними дейности (както е дейността по хидротерапия от лица с увредено зрение), както и реално описание на възможните и невъзможни параметри на индикативните измерители и кадровата обезпеченост съответна на нивото на компетентност определена в действащата нормативна уредба. Чрез предложените от нас допълнения и изменения проекта на Медицински стандарт по „Здравни грижи“ ще се синхронизира с текстовете залегнали в НАРЕДБА № 30 от 19.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ (Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 85 от 28.09.2004 г., в сила от 1.10.2004 г., изм., бр. 102 от 22.12.2009 г., изм. и дон., бр. 67 от 27.08.2010 г., бр. 92 от 23.11.2010 г., изм., бр. 63 от 30.07.2021 г.), както и с проекта на Наредба за утвърждаване на МС по Физикална и рехабилитационна медицина. С оглед недопускане на противоречиви текстове и разнопосочно тълкуване, изпращаме копие и до Изпълнителна агенция „Медицински надзор“.		
--	--	---	--	--

14.	Портал за обществени консултации, 02.10.2025 г. - илиян.С	Изменение на текста на т. 1.8 Изменение на текста на т. 1.8 от ГЛАВА II Изисквания към лицата, осъществяващи професионална дейност „Здравни грижи“, 1. Изисквания към дейността на специалистите по здравни грижи Настоящ текст: „1.8. Притежават широки познания в областта на здравето“ Да се измени така : „1.8. Притежават необходимите познания в областта на здравето за да осигурят регламентираното от чл. 81, ал. 2, т. 1 и т. 4 от Закона за здравето.“ За да се осигури медицинската помощ регламентирана от текста на цитирания там чл. 81, ал. 2, т. 1 и т. 4 от Основния Закон за Здравето - Закона за здравето.	Не се приема.	Изискванията за регулираното образование са посочени в отделни нормативни актове и транспонират директиви на Европейския съюз в областта на взаимното признаване на професионални квалификации. Предложението има редакционен характер.
15.	Вх. № 15-00-226 от 09.10.2025 г. Иванка Динева – изпълнителен директор на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“	В Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ е постъпило становище от проф. д-р Кирил Панайотов, дм – Председател на УС на СНЦОП „Асоциация по физикална и рехабилитационна медицина“, относно проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“. Във връзка с горното, Ви уведомяваме, че приемаме и изразяваме положително становище по горесцитираното предложение от Асоциацията по физикална и рехабилитационна медицина. Същото е целесъобразно и касае синхронизация и прецизиране на текстовете, като някои от тях са	Приема се частично.	По съображенията, изложени в коментара към т. 13.

		залегнали и в други закони и подзакони нормативни актове.		
--	--	--	--	--

ЯВОР ПЕНЧЕВ

заместник-министър на здравеопазването: