

СПРАВКА
за отразяване на становищата, получени при общественото обсъждане на проекта на
Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“

[illegible]

	следпроцедурен прием оборудвано с легла, душеве и санитарни възли и обособено работно/и място/места за наблюдаващия медицински персонал. 2 3.1.1.8. Функционално обособена структура/кабинет/кабина за инхалационно лечение. 3 3.1.1.10. Изисквания за осъществяване на електро- и светлолечение: 3.1.1.10.1 Осъществяват се в помещения над кота 0; Направена ли е справка и анализ от авторите на наредбата, за броя на Л.З. (държавни, общински и частни) които биха могли безпрепятствено да изпълнят изискване 1 без значимо големи инвестиции, или това ще доведе до фактическа невъзможност да функционират? В изискване 2 на стандарта не е предвидена специализирана вентилация, което би поставила работещите в подобна среда при хронично повишени нива на аерозоли. В изискване 3 от една страна за електролечение се изисква да са пълноценно екранирани помещенията (включително прозорците), от друга се поставя изискване да са над кота 0. Ако целта е влагозащита – предвид рисковете от токов удар, то изискването може да е именно това, а не ниво/локация, при светлолечението пък изискването	Приема се по принцип. Приема се.	санитарни възли и обособени работни места за наблюдаващия медицински персонал. Така проектът на стандарта предлага гъвкавост, която позволява на лечебните заведения с различен архитектурен профил да отговорят на изискването без непосилни за тях инвестиции. 3. Относно изискванията за инхалационно лечение: В проекта е предвидено изграждане на функционално обособена структура/кабина за инхалационно лечение. В т. 3.1.5 Изисквания към функционално обособена структура/кабинет/кабина за инхалационно лечение: 3.1.5.1. при провеждане в структурата по ФРМ: 3.1.5.1.1. индивидуалната аерозолотерапия се извършва в боксове с осигурен достъп за наблюдение; боксовете се осигуряват със самостоятелна всмукателна вентилация и процедурна мивка с течаща вода; По този начин се осигурява защита на медицинския персонал от хронична експозиция на аерозоли. 4. Относно изискването за електро- и светлолечение над кота 0: Формулировката е свързана с принципите на електробезопасност и влагозащита. При електролечение се изисква помещенията да са над нивото на терена, за да се предотвратят рискове от токов удар при наводняване. За светлолечението са предвидени и други специфични изисквания – напр. адекватна вентилация при озонообразуване, които не са свързани с нивото на помещението. В окончателния проект на стандарта са предвидени решения, които да гарантират безопасността, без да водят до ненужни финансови тежести за лечебните заведения или закриване на отделения. Именно затова в преходните разпоредби е заложен 6-месечен срок за привеждане на лечебните в съответствие. „Помещенията за електролечение и светлолечение следва да отговорят на изискванията за
--	--	--	--

	може да е вентилация за озона, пак несвързано с нивото. И при това изискване има ли направен анализ който да покаже състоянието към момента и размера на инвестиции в държавните и общинските здравни заведения и дали това няма да доведе до ненужно повишени разходи или дори закриване на съществуващи отделения?		електробезопасност и влагозащита съгласно действащата нормативна уредба. Архитектурното разположение на помещенията не е ограничено от нивото на терена, при условие че са предвидени ефективни технически решения за защита от влага и наводняване.“ Мотиви за промяната: 1. Електробезопасност – рискът от токов удар при наводняване може да се предотврати чрез: - о хидроизолация на подове и стени; - о изграждане на дренажни системи; - о инсталиране на дефектнотокови защиты. 2. Светлолечение: специфичните изисквания (вентилация, филтрация при озonoобразуване) не зависят от „кота 0“. 3. Пропорционалност: отпадането на изискването „над кота 0“ премахва излишна финансова тежест за лечебните заведения, особено в стари сгради, без компромис със сигурността на пациентите и персонала. 4. Преходен период: лечебните заведения разполагат с 6 месеца за адаптация, като при обективна невъзможност се допуска индивидуално решение (допълнителни технически мерки вместо архитектурни промени). Така отпада условието за „кота нула“, но остава задължението за ефективни технически мерки, което прави стандарта и юридически устойчив, и практически приложим.
2. Константин Божилов – председател на УС на Национална асоциация за защита на пациента № 15-00-211/05.09.2025 г.	УВАЖАЕМИ Г-Н МИНИСТЪР, На 29.08.2025г. на сайта за обществени консултации е публикуван „Проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт Физикална и рехабилитационна медицина“. След като подробно се запознахме с проекта – наредбата и мотивите към нея при нас възникнаха въпроси, които молим да разгледате и да вземете под внимание, а именно няколко изисквания, които са свързани с тях. Става въпрос за разделите:		

	заведения, в амбулаторни условия, а по медицински показания, след оценка на рехабилитационния потенциал, и в домашни такива. Ако приемем, че старческият дом се явява дом за постоянно обитание на живущите в него, те имат нужда от физиотерапия, но лечебно заведение или медицински център не може официално да разкрие там филиал, защото всички общински домове за стари хора са ремонтирани по европейски програми с европейски средства и части от тях не могат да бъдат отдавани с договор под наем, не е възможно и пациентите да бъдат превозвани до съществуващи физиотерапии, защото домовете са в отдалечени региони. Как тези възрастни хора да получат адекватна рехабилитация и как извършената физиотерапевтична дейност да се представи документално и да се отчете пред Здравна каса? Във всеки общински старчески дом съществуват места, които са функционирали като физиотерапии и ако това сте имали предвид в проекто- наредбата, моля за потвърждение, защото тогава би било възможно да се пренесе апаратура на място, лекари да извършват прегледи, наблюдение и контрол върху рехабилитаторите, за да се проведе адекватна физиотерапия.		наредба е предвидено при определени условия част от дейностите да се извършват от разстояние - телерехабилитация и дигитализирани рехабилитационни услуги в домашни (природни) условия, които се извършват от лекар-специалист по ФРМ при форсмажорни/усложнени епидемиологични условия и/или трайно инвалидизирани болни на постелен режим, зависими от чужда помощ, при осигурена двустранна видео връзка, осигуряваща възможност за оценка на рехабилитационния потенциал по основните компоненти на статуса – фебрилитет, степен на автономност; хемодинамични показатели; състояние на опорно-двигателния апарат.
3. Нено Николаев Ненчев, рехабилитатор № 94-3549/18.09.2025 г.	Становище и предложения относно проектите на медицински стандарти: • „Здравни грижи“ – 04.09.2025 г. • „Физикална и рехабилитационна медицина“ – 25.07.2025 г. 1. Противоречие и нужда от синхронизиране/обновление Проект за стандарт- „Физикална и рехабилитационна медицина“: В проекта са описани следните точки: 2.5.1. Други здравни професионалисти от професионални направления „Здравни грижи“ и „Обществено здраве“: рехабилитатори, кинезитерапевти и др.. 2.5.1.1. Провеждат назначенията на лекар-специалист по ФРМ за фактори, средства и методики на	Не се приема.	1. Считаме, че няма противоречия между двата проекта, тъй като в МС „Физикална и рехабилитационна медицина“ се дава право на рехабилитатора да извършва самостоятелно кинезиологичен и патокинезиологичен анализ под ръководството на лекар, специалист по ФРМ, а в МС „Здравни грижи“ да определя рехабилитационен потенциал. Двете дейности се припокриват. Независимо от изложеното и с цел недопускане на колизия между отделните медицински стандарти, в проекта на медицинския стандарт „Здравни грижи“ е

	медицинската рехабилитация като: електро-, светло-, балнео-/хидро-, климато-, термо-, аерозоло-лечебни процедури; функционални тестове и измервания; кинезиологичен и патокинезиологичен анализ; активна и пасивна кинезитерапия; водоструйни процедури и подводна кинезитерапия; комбинирани методики; профилактични програми и други. 2.5.1.1.1. При наличие на допълнителна квалификация по акредитирана програма за обучение могат да изпълняват назначения за съответните дейности. 1.3.2. При преценка за промяна в рехабилитационния потенциал по време на рехабилитационното лечение, пациентът се насочва за актуална консултация със съответния лекар-специалист, съобразно с която при необходимост се адаптира и рехабилитационната програма. Проект „Здравни грижи“: В този проект са описани следните точки: 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. 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	Не се приема.	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.“ По отношение на примера с поставянето на „сестринска диагноза“: Спекулациите с поставянето на сестринска диагноза са продиктувани от незнанието за нейната същност. Понятието, създадено от Вирджиния Хендерсън (1955), по определение на NANDA-I (Североамериканската асоциация за развитие на сестринството), е клинична преценка на реакциите на индивида, семейството или общността на действителни или потенциални здравни проблеми или жизнени процеси. Сестринските диагнози осигуряват основата за определяне на сестринските интервенции
--	--	-----------------------------	--

	• Да се включат примери за магистърски програми, които развиват професията: - о „Рехабилитация, морелечение, уелнес и СПА“ - о „Физикална терапия и рехабилитация“ - о „Ерготерапия в общността“ - о „Здравен мениджмънт и медико-социални грижи“ - о „Управление на здравните грижи“ - о „Рехабилитация, Уелнес, Спа и Балнеолечение“ и др. • Да се добави списък с допълнителни квалификации и курсове, признати в България и Европа: - о Бобат, Войта, ПНМУ, Cyriax, Mulligan, SEAS, Schroth, Rigo, Lyon, FITS, Dobomed ,ерготерапия в пробиващото образование, трудотерапия, арт терапия, лазер терапия, ПИР и др. - о методи, одобрени от международни и европейски организации (например SOSORT). Цел: Това ще създаде яснота за възможностите за развитие на рехабилитаторите, ще подобри качеството на услугите и ще доближи стандартите ни до европейските. 3.1.Автономност и професионална отговорност на рехабилитатора В проект „ФРМ“ рехабилитаторът е посочен като част от екипа, но липсва ясно подчертаване на неговата автономност, която е вече нормативно призната в „Здравни грижи“ и от НАРЕДБА № 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 (ЗАГЛ. ДОП. - ДВ, БР. 61 ОТ 2022 Г.) -(чл. 13 и 14).. Предложение: • В проекта по ФРМ да се включи текст, че рехабилитаторът е самостоятелен професионалист, който носи отговорност за своите действия в рамките на компетентността си.	Не се приема.	магистърски програми и курсове е ненужно и неправилно в условията на динамично развитие на медицината – при всяка нова такава или отпадане на действаща в момента, стандартът трябва да се изменя, в противен случай тя би била невалидна. 3.1. Автономност и професионална отговорност на рехабилитатора – рехабилитаторът е професионалист, член на рехабилитационния екип, който работи в рамките на своята компетентност под ръководството на лекар специалист по ФРМ. Но не може да поставя самостоятелно клинична диагноза, да изготвя рехабилитационна програма, защото няма необходимата компетентност, която се придобива след завършване на ОКС „магистър“ по специалност „медицина“ и следдипломно обучение по специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“.
--	---	-----------------------------	--

	• Да се посочи, че рехабилитаторът е равноправен член на мултидисциплинарния екип. 4. Заключение Настоящите предложения целят: • синхронизация на двата проекта с действащата нормативна база и със съвременните европейски и международни стандарти и насоки-например SOSORT. • ясно разграничаване и утвърждаване на ролята на рехабилитатора • Създаване на ясна рамка и нормативно признаване на вече съществуващите възможности за надграждане и допълнителни квалификации, така че те да бъдат структурирани, интегрирани в медицинските стандарти и съпоставими с европейските модели. Аналогично на описаното при лекаря по ФРМ в проекта, следва да се дефинират стъпки за професионално развитие и специализации и при рехабилитаторите. Това ще осигури прозрачност, предвидимост и възможност за съпоставимост на компетенциите в европейски контекст. С приемането на тези уточнения ще се повиши качеството на здравните грижи и рехабилитационните услуги, ще се намалят противоречията и ще се създадат по-добри условия за професионално развитие. • Премахване на противоречия между двата настоящи проекта и европейските стандарти и насоки. Считам ,че проектите за стандарт „Здравни грижи“ и физикална и рехабилитационна медицина“ следва да бъдат по-тясно обвързани, тъй като в практиката двете области са взаимозависими. Липсата на унифицирани дефиниции и изисквания създава предпоставки за противоречия при прилагането .В допълнение обръщам внимание ,че съгласно българското законодателство трябва да се спазват утвърдени медицински стандарти-(чл. 6, чл. 6а. от закона за лечебните заведения). Предлагам да се въведат съгласувани критерии за компетентност и взаимодействие между медицинските специалисти както и добро описание на техните профили.		
--	---	--	--

	• Приемането на тези уточнения ще повиши качеството на здравните грижи и рехабилитационните услуги, ще намали противоречията и ще създаде по-добри условия за развитие на специалистите. Най-важното е, че ще бъде усетен от пациентите-чрез по-високо качество и безопасност на предоставяните грижи, по лесен достъп до услуги и по-ефективна работа на мултидисциплинарните екипи. Това ще допринесе за по-бързо възстановяване, по добро качество на живот и повишено доверие в здравната система.		
4. Нено Николаев Ненчев, рехабилитатор № 94-3549/26.09.2025 г.	Във връзка с вече подаденото от мен становище и предложения по проект физикална и рехабилитационна медицина- Становище и предложения по проектите за медицински стандарти-„Здравни грижи“ и „Физикална и рехабилитационна медицина“ с входящ номер 94-3549, Ви представям допълнителен материал под формата на допълнителна обосновка и определения за специалността Рехабилитатор, като също добавям и предложения. Приложеният документ съдържа: Цитирани текстове от наредби, определения на различни институции както и предложения: 1. НАРЕДБА № 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 (ЗАГЛ. ДОП. - ДВ, БР. 61 ОТ 2022 Г.) 2. НАРЕДБА № 30 от 19.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина 3. Университетски определения и кратка характеристика на специалността рехабилитатор според някои университети 4. Кратка характеристика и определение според Българската асоциация на специалистите по здравни грижи		

	5. Определение и кратка характеристика според проект за стандарт здравни грижи 6. НАРЕДБА ЗА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ-дейност на рехабилитатора 7. Определение -рехабилитатор 8. Разминаване между проект за медицинска помощ от разстояние и проекта за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина 9. Предложения 10.Професионална информация Според НАРЕДБА № 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 (ЗАГЛ. ДОП. - ДВ, БР. 61 ОТ 2022 Г.) Издадена от министъра на здравеопазването Раздел VII. Професионални дейности, които рехабилитаторите могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар Чл. 13. (1) Професионалните дейности, които рехабилитаторът може да извършва самостоятелно, са: 1. предоставяне и събиране на здравна информация, включващи: а) запознаване на пациента със структурата, организацията и работния график на лечебното заведение; б) запознаване на пациента с дейностите по промоция, профилактика, превенция, диагностика, лечение или рехабилитация, които се осъществяват от лечебното заведение; в) запознаване на пациента с неговите права и задължения; г) информирание на пациента с цел получаване на информирано съгласие при извършване на изследвания, манипулации; д) водене на медицинска документация;		
--	---	--	--

	е) изготвяне на необходимите доклади и анализи, свързани с дейността; ж) регулиране на потока от пациенти; з) отразяване в процедурната карта изпълнените за деня назначения; и) информиране на лекуващия лекар за появата на абнормни или нежелани реакции; 2. промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите, включващи: а) стимулиране на общата реактивност и закаляване на организма в рамките на провежданите профилактични и рекреационни мероприятия; б) подпомагане на медико-биологичното възстановяване и профилактика на усложненията; в) осигуряване на максимално функционално възстановяване и ефективна ресоциализация; г) поддържане на функционалното състояние и ограничаване на патологични последствия; д) участие в изготвянето на медицинската експертиза за разрешаване на професионалните и социалните проблеми на застрашените от инвалидизиране лица; 3. медицински и здравни грижи, включващи: а) извършване на мануално мускулно тестване; б) извършване на инхалационни процедури; в) извършване на терапевтични процедури: електролечение, светлолечение, инхалационно лечение, кинезитерапия, лечебен масаж - класически и специализиран, екстензионно лечение, суспенсотерапия, рефлукторна кинезитерапия; г) извършване на термолечение - топлолечение, криотерапия, хидротерапия; д) извършване на балнеолечебни процедури - вътрешно приложение, иригационни процедури, водолечебни процедури, парни процедури, калолечебни процедури; 4. рехабилитация, включваща: а) прилагане на помощни средства за позиционно лечение и за придвижване; б) прилагане на ранна рехабилитация на хоспитализирани пациенти;		
--	---	--	--

	в) обучение на пациентите в ползване на помощни средства за придвижване; г) подпомагане укрепването, адаптирането и връщането на лицата в семейството и социалната среда; д) оказване на съдействие за адаптирането на обществото към индивида; 5. оказване на спешни, хуманитарни и други дейности, включващи: а) участие в дейности при бедствени ситуации; б) участие в дейности по оказване на хуманитарна помощ; в) извършване на дейности за овладяване на състояния на хипо- и хипертермия; г) оказване на първа медицинска помощ на пострадалия в отсъствието на лекар; д) извършване на временна имобилизация на крайници и гръбначен стълб; е) прилагане на методи за механична хемостаза; ж) поддържане на проходимост на горни дихателни пътища; з) извършване на първична реанимация - непряк сърдечен масаж и изкуствено дишане; 6. провеждане на обучение и изследвания, включващи: а) участие в изследвания в областта на здравните грижи; б) участие в обучението на лица в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве; в) обучение, профилактика и възпитание на пациента и близките му; г) участие в изследвания в областта на епидемиологията, ергономията, хигиената и безопасността; д) участие в научни и експериментални дейности и разработване на проекти. (2) Дейностите по ал. 1 могат да се извършват от рехабилитатора както самостоятелно, така и по лекарско назначение. Чл. 14. Професионалните дейности, които рехабилитаторът извършва по лекарско назначение, са:		
--	---	--	--

	1. извършване на електро-светлолечебни процедури по общоприети методики, назначената активна и пасивна кинезитерапия; функционални измервания; водоструйни процедури и подводна кинезитерапия при амбулаторно и стационарно болни, в дозировка и последователност според изписаната от лекаря специалист рехабилитационна програма; 2. прилагане на терапевтични схеми при социалнозначими заболявания: неврологични, ортопедични и травматологични заболявания, при обездвижени болни; 3. извършване на лекарствена електрофореза с галваничен ток; 4. извършване на фонофореза; 5. провеждане на инхалация с лекарствени и солеви разтвори, минерални води и пр. аерозоли; електроаерозоли; лекарствени вани; 6. извършване на масаж с лекарствени унгвенти и лосиони; 7. извършване на криопроцедури с лекарствени разтвори; 8. налагане на компреси с добавка на лекарствени продукти; 9. провеждане на процедури с няколко фактора. Според НАРЕДБА № 30 от 19.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина 2. Медицински специалисти: 2.1. Рехабилитатори - с образователно-квалификационна степен "професионален бакалавър" и приравнените ѝ и професионална квалификация "рехабилитатор" - за приложение методиките на електро-, светлолечение, водо- и балнеолечение и кинезитерапията при пациенти - във всички структури: 2.1.1. Главният и старшият рехабилитатор са с образователно-квалификационна степен "бакалавър" или "магистър" по специалността "Управление на здравните грижи". 5.1.2. старшият рехабилитатор води и съхранява журнал за инструктаж за работа на персонала с		
--	--	--	--

	апаратурата и техника на безопасност. В структурите по т. 3-Б на същия раздел се определя отговорникът за това Университетски определения и кратка характеристика на специалността рехабилитатор според някои университети. Според тракийски университет Рехабилитаторът е специалист с висше медицинско образование. Обучението се извършва в Медицински колеж, съгласно изискванията на Закона за висше образование и Наредбата за Единните държавни изисквания за образователно-квалификационна степен „Професионален бакалавър” с професионална квалификация „Рехабилитатор“. Срокът на обучение е 3 годишен, редовна форма. Нивото на подготовка отговаря на съвременните изисквания за компетентност, съобразено с европейските стандарти, адаптирано към специфичните изисквания по кинезитерапия, физикална терапия и лечебен масаж. Рехабилитаторът работи съвместно и в екип с лекаря по физикална и рехабилитационна медицина, клиницист, личен лекар, медицинска сестра, акушерка, логопед, психолог, социален работник, ерготерапевт и др. Рехабилитаторът притежава теоретични знания и практически умения, въз основа на които може да извършва: функционално-диагностични дейности; да участва в превенция, профилактика, лечение и рехабилитация на заболявания на ОДА, ССС, ДС, заболявания в детска и старческа възраст, храносмилателна, отделителна, ендокринна и полова система; участие в реадaptацията и ресоциализацията на болни и инвалиди. Според медицински университет Варна-Проф. д-р Параскев Стоянов Целта на обучението по специалността „Рехабилитатор“ е студентите да получат теоретична и практическа подготовка за ранна превенция на развитието на болестите и техните усложнения, максимално възстановяване на заболяванията с оглед подобряване качеството на живот на пациентите.		
--	---	--	--

	Рехабилитаторът е специалист, който има право да работи в медицински центрове, диагностично-консултативни центрове, многопрофилни болници, санаториални центрове, центрове за продължително долекуване, спа курортни центрове, социални заведения за деца с увреждания, спортни клубове и спортни бази, центрове за красота. Придобилите специалността получават знания и умения, както в прилагането на кинезитерапевтичните методи и средства, така и в методите на електролечение, светлолечение, водотоплотерапия, климатобалнеотерапия и специална физиотерапия Медицински университет-Проф. д-р Асен Златаров В учебния план на специалността са включени основни фундаментални дисциплини и практическо обучение по медико-биологични науки, клинични науки, специални науки (кинезитерапия, масаж, физиотерапия, мануално-мускулно тестване и др.), хуманитарно-социални науки. След дипломирането си специалистите ще могат да осъществяват комплексни висококвалифицирани грижи за лечение, рехабилитация и профилактика на индивидите в социалните групи и общности във всички видове лечебни, лечебнопрофилактични, рехабилитационни, медико-социални заведения в публичния и частния сектор на здравеопазването, както и по домовете. Като специалността може да се надгради и да се повиши компетентността, уменията и познанията си чрез магистратури, курсове, допълнителни квалификации и тн. които така или иначе са задължени да надграждат понеже е регулирана специалност според някои наредби. Според БАПЗГ-Българската асоциация на специалистите по здравни грижи Професията на рехабилитатора е изключително важна за постигане на възможно най-добрите и трайни лечебни резултати. Тя изисква отговорност, дисциплина, устойчивост, сила, нежност и любов към пациентите. Рехабилитаторът е медицински специалист, който работи съвместно в екип с лекар по		
--	---	--	--

	физикална медицина и във взаимодействие с други медицински специалисти в болничната и извънболничната помощ. Практикуващите медицинската рехабилитация прилагат лечебно-профилактични, лечебно-възстановителни, педагогически и социално-икономически мероприятия, които целят предпазване от евентуална инвалидизация, възстановяване на анатомичната цялост и функционално развитие на организма. За целта рехабилитаторите прилагат най-съвременните методи на кинезитерапията, физикалната терапия и масажа (класически, сегментно-рефелекторен, акупресура). В условията на пандемия от COVID-19 работата на рехабилитаторите е изключително важна за пациентите, прекарали тежка коронавирусна инфекция. Завършилилите базово обучение по специалността придобиват образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър“. Тези, които желаят могат да продължат обучението си в магистърски програми, например по Управление на здравните грижи. Това ще им даде възможност да станат старши рехабилитатори, преподаватели в медицински колеж по специалността и др. Професията на рехабилитатора спада към регулираните професии - т.е. професии с голямо обществено значение, които изискват непрекъснато обновяване, разширяване и повишаване на знанията и уменията. Според проект медицински стандарт Здравни грижи-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.		
--	--	--	--

	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 Като в проекта за стандарт-здравни грижи са описани и други точки, като права и задължения на рехабилитаторите описани в общите точки. Според НАРЕДБА ЗА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ В сила от 27.10.2017 г. Приета с ПМС № 232 от 20.10.2017 г. Обн. ДВ. бр.86 от 27 Октомври 2017г., изм. и доп. ДВ. бр.105 от 18 Декември 2018г., изм. ДВ. бр.101 от 27 Декември 2019г., изм. и доп. ДВ. бр.48 от 26 Май 2020г., изм. и доп. ДВ. бр.92 от 27 Октомври 2020г., изм. ДВ. бр.91 от 2 Ноември 2021г., изм. ДВ. бр.23 от 19 Март 2024г., изм. и доп. ДВ. бр.66 от 6 Август 2024г. Чл. 100. (1) На децата и учениците с физически увреждания може да се предоставя рехабилитация и кинезитерапия по време на учебните часове по физическо възпитание и спорт от рехабилитатор и/или кинезитерапевт или да им се осигурява лечебна физкултура (ЛФК). (2) За децата и учениците по ал. 1 се организират занимания, които осигуряват физическо натоварване, съобразено с техните възможности и здравословно състояние, и които ги приобщават към паралелката или групата. Чл. 101. Дейностите за рехабилитация при физически увреждания и продължителността им се определят в плана за подкрепа на детето или ученика Рехабилитаторът е медицински специалист с висше образование, който подпомага възстановяването, профилактиката и поддържането на здравето чрез съвременни методи на кинезитерапия, физикална терапия и лечебен масаж. Той може да работи със здрави хора за укрепване и превенция, така и с пациенти с различни заболявания, състояния и заболявания за възстановяване на качеството на живот		
--	---	--	--

	„възстановяване на двигателните функции и подобряване на качеството на живот. Дейността на рехабилитатора включва лечебно-възстановителни, профилактични, педагогически и социални аспекти и се осъществява самостоятелно, както и в сътрудничество с лекари и други медицински специалисти, в полза на пациента и неговата пълноценна интеграция в обществото. Според - ПРОЕКТ ЗА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ОТ РАЗСТОЯНИЕ Раздел II. МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ОТ РАЗСТОЯНИЕ Чл. 3. (1) Медицинската помощ от разстояние включва профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности без присъствен контакт между медицински специалист и пациент. (2) Част от медицинската помощ от разстояние са и консултациите между медицински специалисти без присъствен контакт между тях по повод оказване на медицинска услуга на пациент. Чл. 9. (1) Решението за оказване на медицинска помощ от разстояние се взема за всеки отделен случай от прилагания я медицински специалист. (2) Медицинският специалист по ал. 1 носи отговорност за взетото решение, за качеството на медицинската помощ и за безопасността на пациента. Според проекта за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина 7. Телерехабилитация и дигитализирани рехабилитационни услуги в домашни (природни) условия: Извършва се от лекар-специалист по ФРМ, съгласно т. 2.1.1. Провежда се при: форсмажорни/усложнени епидемиологични условия и/или трайно инвалидизирани болни на постелен режим, зависими от чужда помощ, при осигурена двустранна видео връзка, осигуряваща възможност за оценка на рехабилитационния потенциал по основните компоненти на статуса – фебрилитет, степен на автономност; хемодинамични показатели; състояние		
--	---	--	--

	на опорно-двигателния апарат. Всеки случай се документира индивидуално и се картотекира чрез видеорегистратор/запис на електронен носител и медицински журнал. По искане на пациента или негов законен представител се предоставя копие от записа на проведената телерехабилитация. Със съгласието на пациента такова може да се предостави и на друг/и медицински специалист/и, имащ/и отношение към лечението на пациента като част от интердисциплинарния лечебен екип. Предложения Да се замени или добави текста в 7 т. Телерехабилитация и дигитализирани рехабилитационни услуги в домашни (природни) условия с: Телерехабилитацията представлява рехабилитационна дейност от разстояние, извършвана чрез двустранна видео връзка или дигитални средства. Решението за прилагането ѝ се взема от медицинския специалист, който я провежда, в рамките на неговата компетентност. Той носи отговорност за качеството, безопасността и резултатите от процедурата. Всяка сесия се документира, а при поискване информацията се предоставя на пациента или негов законен представител. При необходимост телерехабилитацията може да се извършва екипно с участие на различни медицински специалисти.(за консултиране на пациенти, родители, настойници-насоки за физиопрофилактика, консултации, насоки за упражнения и грижи у дома, проследяване на напредъка и контрол на упражнения ,даване на корекции, мотивация и подкрепа, обучение, превенция за по голяма достъпност за пациенти от отдалечени населени места или трудности с придвижването и тн.)-(рехабилитатора трябва да е водещ в телерехабилитацията защото той провежда същинската терапия-оценява функционалното състояние, изготвя и адаптира упражнения, обучава и коригира пациента и семейството. Лекарят определя диагнозата и рамките за безопасност, като също и	Не се приема.	В проекта на Наредба за медицинска помощ от разстояние отново важи правилото, че рехабилитаторът може да работи само в рамките на своята компетентност. Назначаването на лечение и рехабилитация и тук е отново от компетентността на лекаря специалист по ФРМ, който носи отговорност за избраната терапия и последиците от нея, независимо дали лечебно-диагностичната дейност се предоставя на живо или от разстояние.
--	--	-----------------------------	--

	назначава някои терапии, но рехабилитаторът е този, който ежедневно работи за възстановяване на функциите и проследяване на напредъка и цялостно подобряване на състоянието.) Предлагам в проекта за стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ да бъдат изготвени ясни и изчерпателни професионални профили на всички специалисти, ангажирани в това направление. Аналогично на описания профил на лекаря по ФРМ, следва да се дефинират компетенциите, отговорностите и правомощията и на останалите специалисти – рехабилитатори, кинезитерапевти, ерготерапевти, медицински сестри и др., които са неразделна част от мултидисциплинарния екип. По този начин ще се гарантира ясно разграничаване на ролите, по-добра координация в практиката и утвърждаване на интегрирания подход в рехабилитационния процес. Особено важно е да се подчертае профилът на рехабилитатора като самостоятелен медицински специалист, който в рамките на своята компетентност работи както самостоятелно, така и по лекарско назначение.“ Рехабилитаторът, като регулирана професия и ключов специалист в областта на физикалната и рехабилитационната медицина, следва да има своя профил в стандарта, отразяващ неговото място и принос в цялостното направление, и не е само изпълнител както е предложен в проекта за стандарт.		
5. Национално сдружение на частните болници № 63-00-197/30.09.2025 г.	УВАЖАЕМИ ДОЦ. Д-Р СИЛВИ КИРИЛОВ, На основание чл.26 ал.2 от Закона за нормативните актове правя следните предложения по отношение на публикувания на 29.08.2025г. на интернет страницата на МЗ проект на Наредба за утвърждаване на Медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина ”: I. ПЪРВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ: 1.1. В чл. 2.1.2.2.1 да се направи допълнение, като текстът се измени по следния начин: „2.1.2.2.1. Соматоскопия, антропометрия и специфични функционални тестове, мануално-	Приема се по принцип.	С оглед на факта, че това предложение засяга съществени аспекти на Медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина, ЕС по „Физикална и рехабилитационна медицина“ към МЗ излага следното официално становище по отделните точки: 1.1. По предложенията за промяна към т. 2.1.2.2.1: Според медицинския стандарт по ФРМ, кинезитерапевтът е член на рехабилитационния екип (т. 2.5.1). В много текстове е посочено, че резултатите

	мускулно тестване, ъглометрия, плантография, педобарометрия, динамометрия и други се извършват от лекаря-специалист по ФРМ, като част от тях могат да бъдат възлагани на членове на рехабилитационния екип. Кинезитерапевтите имат право самостоятелно да извършват функционални тестове и оценки в рамките на своята компетентност, придобита чрез образователно-квалификационната степен „бакалавър“ или „магистър“, като резултатите се обсъждат с лекаря ФРМ.“ 1.2. Да се създаде нов § в преходни и заключителни разпоредби със следното съдържание: „§ ... Кинезитерапевтите, завършили образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ по професионално направление 7.4. Обществено здраве, специалност „Кинезитерапия“, имат право на самостоятелна практика в рамките на своята компетентност. Учебният план на специалността включва обучение по различни специализирани методики за оценка и лечение (Бобат, Войта, PNF, функционални тестове и др.), което гарантира професионална подготовка за прилагането им без необходимост от допълнително лекарско ръководство.“ МОТИВИ: Предложените изменения целят хармонизиране на българското законодателство с европейските стандарти за мултидисциплинарна рехабилитационна практика, както и повишаване на качеството на грижата за пациентите чрез пълноценно използване на компетентността на кинезитерапевтите. Кинезитерапевтите в България завършват университетски програми (бакалавър или магистър), включващи обучение по специализирани методики за оценка и лечение (Бобат, Войта, PNF, робот-асистирана терапия и др.). Въпреки тази подготовка, проектът на медицинския стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ запазва водеща и ръководна роля за лекаря-ФРМ и не признава напълно	Не се приема.	от измервания и други диагностични методи се докладват и обсъждат с лекаря, специалист по ФРМ. 1.2. Относно предложение „право на самостоятелна практика без необходимост от допълнително лекарско ръководство предвид учебния план на специалността по Кинезитерапия“, включващо различни специализирани методики за оценка и лечение - Бобат, Войта, функционални тестове и други: „Лекарското ръководство“ не е във връзка с изброените по-горе техники, а в клиничната преценка на всеки пациент. Интерпретиране на досегашни изследвания и назначаване на необходими такива: Клинична лаборатория; Образни изследвания; ЕМГ; ЕЕГ и т.н., придружаващи заболявания и съответни противопоказания, анамнеза, обективен статус. И най-важно, отговорността за евентуални усложнения и ефект от лечебно-диагностичната и рехабилитационна дейност е възложена единствено на лекаря – магистър по „медицина“. Предложението, според което кинезитерапевтите с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ по специалност „Кинезитерапия“ имат право на самостоятелна лечебна практика по ЗЛЗ и ЗЗ, е в противоречие с действащата нормативна уредба и европейската медицинска практика. В България и в Европа всички изпълнителски кадри – медицински и немедицински – работят по назначение и под пряк контрол на лекар-специалист по ФРМ. Само лекарят е компетентен да поема отговорността за последствията от назначения терапевтичният комплекс. Това следва и от Европейската дефиниция
--	---	-----------------------------	---

	компетентността на кинезитерапевтите за самостоятелна практика. Това поставя България в изолация спрямо европейските тенденции. Така, например във: □ Франция – кинезитерапевтите са защитена професия с регистър и имат право на първи контакт и самостоятелно лечение. □ Германия – макар често да се изисква направление, професията е строго лицензирана, с ясни права за функционална оценка и провеждане на терапия. □ Обединено кралство – физиотерапевтите са признати за „first-contact practitioners“, с право на клинична диагноза и (след допълнително обучение) дори предписване на лекарства. □ Нидерландия и Швеция – пълна автономия при функционална диагноза, с възможност за предписване на помощни средства и ограничени медикаменти. В България кинезитерапевтите имат само изпълнителски функции по проектния стандарт, което не съответства на тяхното академично образование, добрите практики в ЕС и нуждите на пациентите за навременна и достъпна рехабилитация. С предлаганите промени ще се осигури: □ Качество на лечение: Разширяването на правата ще позволи по-бърз достъп до терапия и индивидуализирани програми. □ Европейска хармонизация: Съпоставимост със системите във Франция, Великобритания, Нидерландия и Швеция. □ Ефективност: Облекчаване на натоварването на лекарите ФРМ чрез делегиране на компетенции. □ Пациентски права: Повече възможности за директен достъп и продължителна грижа. България има подготвени специалисти, но нормативната рамка изостава от европейските стандарти. Признаването на автономна роля на кинезитерапевтите ще подобри качеството на рехабилитационните услуги, ще доближи системата до добрите практики в ЕС и ще гарантира правото на	на медицинския акт, приета от Съюза на европейските медицински специалисти (UEMS): медицинският акт винаги се извършва от правоспособен лекар или под неговото ръководство. Специалността кинезитерапия не е медицинска специалност и се придобива в учебни заведения, които не са медицински университети. Лица, завършили тази специалност, не могат да извършват лечебна дейност и да разкриват практики по смисъла на Закона за лечебните заведения. В този смисъл изтъкнатите аргументи за „по-добър достъп до терапия“ и „липса на лекари по ФРМ“ са необосновани. Сравнението с практиките в Европа е неоснователно. Прилагаме становище на секцията по ФРМ към Съюза на Европейските медицински специалисти. Там ясно са описани компетенциите, ролите, образованието, системната интеграция и междупрофесионалното взаимодействие. В нея се посочва, че „лекарите, специалисти по Физикална и рехабилитационна медицина координират и контролират мултипрофесионалния рехабилитационен екип, използвайки интердисциплинарен модел на екипна работа“. Подчертава се тяхната „централна роля в планирането, интегрирането на модалностите и в застъпничеството на системно ниво“ (виж White Book of PRM). Този документ представлява нормативния „гръбнак“ на Европейската асоциация по „Физикална и рехабилитационна медицина“ при определяне ролята на лекаря по Физикална и рехабилитационна медицина в екипното ръководство.
--	--	--

	пациентите на адекватна, навременна и достъпна терапия. II. ВТОРО ПРЕДЛОЖЕНИЕ: 2.1. В т.2.4. да отпадне изискването за допълнителна квалификация на лекарите – специалисти по ФРМ за извършване на медицински дейности в обхвата на специалността, като текстът придобие следното съдържание: „2.4. Медицински дейности в обхвата на специалността, упражнявани от лекарите-специалисти по ФРМ.“ МОТИВИ: Всички включени в т.2.4. медицински дейности, за които проектът предвижда допълнителна квалификация на лекарите – специалисти по ФРМ са залегнали в учебната програма по специалността ФРМ и в тази връзка същите се изучават от лекарите при придобиване на специалност, което прави ненужно изискването за доказването им със сертификати за премината допълнителна квалификация. В рамките на специализацията си лекарите преминават няколкомесечни модули по посочените теми, в които теоретично и практически изучават различните аспекти по съответната тема. Обучението в рамките на специализацията е много по-сериозно и съдържателно, с оглед неговата задълбоченост и продължителност, отколкото няколкодневен курс за придобиване на допълнителна квалификация, по време на който в преобладаващия брой случаи специалистите дори нямат практически занимания. Изискваните допълнителни квалификации са на практика същността на ФРМ специалността и тази връзка всеки един лекар с придобита специалност по ФРМ има знанията и уменията да извършва дейности във всички от посочените области. Създава се порочна практика след приключване на специализацията си, специалистите да се явяват на редица курсове за придобиване на сертификати за придобиване на знания и умения, с които те на практика вече разполагат.	Приема частично. се	2.1. Относно предложението за отпадане на изискването за допълнителна квалификация на лекарите по ФРМ: Предложението да отпадне задължението за следдипломна квалификация на лекарите е неприемливо. Медицината е динамично развиваща се наука и лекарите са длъжни да поддържат актуална квалификация чрез курсове, конференции и обучения. Отказът от това би застрашил качеството и безопасността на медицинската помощ. След обстойна проверка се установи, че липсва сертифициран курс по екстракорпорална ударно-вълнова терапия (радиална и фокусирана) (по т. 2.4.8), поради което в проекта на медицински стандарт се възприема отпадане на изискването за упражняване на тази медицинска дейност след допълнителна квалификация на лекарите-специалисти по ФРМ.
--	--	---	---

	„онкорехабилитация“; по-подробното определяне нивата на компетентност и конкретните правомощия на отделните членове на рехабилитационния екип, ангажиран с лечението на пациента, както и прецизиране на координацията помежду им в хода на лечебните мероприятия, в т.ч. и интердисциплинарните взаимодействия; и други примери в тази насока. Отделно от това, определянето на конкретен брой медицински и други специалисти, които да осигуряват функционирането на съответната структура по ФРМ в болничната помощ се доказва през годините като остарял, неработещ и на практика необективен и нецелесъобразен показател, определящ качеството на медицинската помощ, поради което се прие общ законодателен модел и подобни изисквания отпаднаха от всички медицински стандарти. Що се касае до разписването на конкретни количествени показатели, които следва да се покрият от лечебните заведения, то подобни изисквания от една страна това са изцяло формални по своя характер и ще затруднят значително дейността на лечебните заведения, особено в по-малките и/или труднодостъпни райони, а от друга – ще доведат до изкуствено понижаване нивата на компетентност на структурите по ФРМ базирано само на покриването на количествени показатели, без реално да се отчита самата дейност и обезпеченост на структурата по ФРМ, както с квалифицирани кадри, така и със съответната апаратура, което в крайна сметка ще рефлектира негативно върху пациентите, които няма да имат достъп до качествена медицинска помощ близо до дома им. IV. ЧЕТВЪРТО ПРЕДЛОЖЕНИЕ 4.1. От медицинския стандарт да отпадне детайлното изброяване на остарели уреди и апарати, които следва да се осигурят от лечебните заведения. Вместо това, като минимално изискване към лечебното заведение да залегне - същото да осигури оборудване, което позволява прилагането на поне един метод от всяко направление на физикалната и рехабилитационната	Не се приема.	4.1. Относно предложението за отпадане на конкретния списък с апаратура: В Медицинския стандарт са изброени видовете апарати и уреди според техния терапевтичен принцип, а не по търговска марка. Това осигурява еднакви изисквания за всички лечебни заведения и гарантира достъп на пациентите до пълен обхват от физикални методи.
--	---	-----------------------------	---

	медицина, което стандарта изисква за съответното ниво на компетентност. МОТИВИ: -избягва се фиксиране върху апаратура, която е остаряла или с ограничена практическа стойност. -Всяко лечебно заведение може да избере най-подходящата техника според профила си (роботика, лазертерапия, ударно-вълнова терапия, съвременни дихателни апарати и т.н.). -Новите центрове няма да бъдат блокирани от изисквания за неефективни или рядко прилагани уреди, които само оскъпяват или утежняват акредитацията.		Премахването на тези изисквания би позволило на отделни структури да поддържат минимално оборудване и да извършват дейност с ограничен терапевтичен обхват. Твърдението за „остарели уреди“ е неаргументирано – класическите физикални методики са доказали своята ефективност и са в основата на съвременната рехабилитационна практика.
6. Асоциация на козметиците в България № 15-00-217/30.09.2025 г.	1.С уважение към усилията на Министерството на здравеопазването за създаване на ясен и последователен медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина, изразяваме следното становище във връзка с предложения проект, в частта му, която засяга уреди и методики, използвани и в козметичната практика от всички козметици в България. Нашата цел е да се гарантира ясно разграничение между медицинските и козметичните процедури, с оглед правната сигурност на гражданите, професионалистите и контролните органи, както и съгласуваността между действащите подзаконови нормативни актове от един и същи ранг. 1.Обръщаме внимание към настоящ реален проблем – липса на ясно законодателно разделение чрез необходими дефиниции и обособяване на възможностите за изпълнение на редица дейности, които могат да бъдат предоставени на потребителите като медицински или козметични спрямо редица критерии, сред които: • необходими правоспособност, знания и опит от една страна; • изисквания към използваните инструментариум и апаратура за медицински и козметични цели, в т. ч. допустими стойности, процедури и режими на работа; • актуални изисквания към санитарните, хигиенни и функционални условия и мерки към дейността и лицата	Не се приема.	Медицинският стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ има за цел да регламентира диагностичната, терапевтичната и рехабилитационната дейност, осъществявана от лекари със съответната специалност, както и изискванията за апаратура, персонал и организация на лечебната дейност. В този смисъл, предложения, отнасящи се до козметични, естетични и хигиенни процедури, са извън обхвата на медицинския стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина“ 1. По отношение на направените предложения за използването на медицинска апаратура: Фактът, че в стандарта по ФРМ липсва конкретен коментар относно даден козметичен уред или апарат, означава, че този въпрос не е в обхвата на стандарта по ФРМ. Не е нормативно издържано в медицински стандарт да се разискват възможности за използване на апаратура извън лечебната дейност, както и да се разграничават медицински от козметични процедури. Целите и задачите при лечението на пациенти са принципно различни от тези при разкрояване на клиенти. В медицината всеки апарат или физикален фактор се прилага с лечебна, диагностична и профилактична цел, след лекарски преглед и оценка

	- физически или юридически, осъществяващи дейности като козметик и към помещенията, в които се помещават те. Нормативна системност и йерархия Наредбите, които уреждат медицинските стандарти и тези, които уреждат държавните образователни стандарти за професии, са подзаконови актове от един и същи ранг. Те не могат да си противоречат, а следва да се тълкуват и прилагат съгласувано. Ролята им е да се допълват и да изясняват обществените отношения – така, че да: • защитават потребителите на медицински и на козметични услуги; • гарантират ясна, предсказуема и спокойна среда за професионалистите, които ги предлагат и развиват; • ясни нормативни актове и при необходимост инструкции за прилагане и провеждане на контрол от компетентните органи с ясни граници на компетентност. Наредба № 9 от 2016 г. за придобиване на квалификация по професията „Козметик“, в сила от 14.09.2018 г., издадена от министъра на образованието и науката, обн. ДВ. бр. 76 от 14.09.2018 г., дефинира обхвата на обучение и компетенции за професията, като ясно се вижда, че козметикът: • работи за подобряване на естетичния вид и хигиената на кожата; • прилага козметични продукти и апаратни методи с хигиенна, профилактична и естетична цел; • няма правомощия за диагностика и лечение на заболявания – това е медицинска дейност. В т. 2. „Описание на професията“ се разкрива съдържанието ѝ спрямо нивата на придобита степен на обучение, изразяващо се в: трудови дейности, отговорности, личностни качества, особености на условията на труд, оборудване и инструменти, изисквания за упражняване на професията, определени в законови и подзаконови актове (здравословно състояние, правоспособност и др.).		на здравословното състояние на пациента. От друга страна, при козметичните процедури апаратурата се използва с естетична и хигиенна цел. Смесването на тези две области би довело до рискове за здравето и безопасността на гражданите. Направените предложения за изработване и приемане на нова наредба, регламентираща хигиената, санитарните условия и техническите изисквания за салоните (фризьорски и козметични), съобразена с актуалната нормативна база, европейските стандарти и безопасните практики не касаят проекта на медицинския стандарт по ФРМ.
--	---	--	--

	Козметикът с втора степен на професионална квалификация извършва редица основни трудови дейности, сред които се изреждат и: извършва козметични процедури, козметични масажи за лице и тяло; козметично почистване на лицето чрез ръчна екстракция, козметичен пилинг с козметични апарати и продукти; оформя и почиства вежди, оцветява вежди и мигли, поставя изкуствени мигли; извършва апаратно и безапаратно отстраняване на нежеланото окосмяване; извършва микропигментация - перманентен грим чрез микроубождания на най-повърхностния слой; поставя стерилни обици от медицинска сплав с професионален уред (пистолет); осъществява термични и студови процедури за тяло, ръце и крака - парафинови компреси, затоплящи и/или изстудяващи; извършва разкрасителни, релаксиращи грижи за лице и тяло - подхранване, ексфолиация, козметични масажи, пилинг, хидратация, лифтинг, регенерация, тонизиране, грижа за чувствителна кожа, антицелулитни, релаксиращи процедури за тяло, козметична грижа за кожата на ръцете и ходилата, водни, уелнес процедури с естетичен ефект; извършва процедури с препарати, продукти и оборудване за козметично приложение; прилага подходяща и безопасна за здравето на клиента козметична услуга; създава индивидуална програма за поддържане на кожата; консултира клиентите при избора на козметична услуга и на продукти за домашно ползване; предоставя детайлна информация на клиента за предлаганите услуги и продукти. Козметикът с трета степен на професионална квалификация, която включва втора степен и я надгражда, извършва и редица допълнителни трудови дейности: подпомага реализацията на поставените цели за развитие на козметичния салон, на продуктовата и ценовата политика; разработва и поддържа система за архивиране и поддържане на данните за клиентите в салона, в СПА или уелнес центъра; създава меню и ценоразпис на процедурите, описва технологичната последователност и времетраенето им; подготвя		
--	--	--	--

	ръководство с инструкции за: технологичната последователност при процедурите, етапите на всяка процедура, продуктите, които се използват на всеки етап, и разходната норма; организира и следи за прилагането на технологиите при упражняване на козметична дейност с цел осигуряване високо качество на услугите; изготвя правила за здравословни и безопасни условия на труд в съответствие с нормативните документи и носи отговорност за тяхното спазване; контролира спазването на фирмените правила, на изискванията за работно облекло, здравословно състояние, етика, работа в екип на персонала в салона; следи за правилното и безопасно изхвърляне на течни и твърди отпадъци по време на работа в съответствие с нормативните документи и носи отговорност за тяхното спазване; познава съвременните технологии, избира и актуализира оборудването на салона с подходящи апарати, инструменти и продукти за качествено и безопасно извършване на услугите; организира въвеждането на иновационни технологични решения в областта на услугите, които предоставя; изготвя разходни норми за времето на изпълнение на услугата и за вложените продукти и консумативи; изготвя индивидуални програми за лице и тяло с природни билкови продукти, аромати, соли, минерали и други с цел козметично и разкрасяващо действие; прилага козметични техники за лице и тяло и/или различни видове козметични продукти, методики и апаратура, работи правилно с тях, спазвайки технологичната последователност и принципите на безопасност и безвредност на процедурите; разработва длъжностна характеристика на служителите; създава организационни и фирмени правила за работа; създава и развива екип, ръководи и организира екипната дейност; създава и развива партньорства с представители на други сфери, които имат връзка с козметичната дейност - лекари, лекари - специалисти по кожни болести, лекари - специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия,		
--	---	--	--

	лекари по физикална и рехабилитационна медицина, диетолози, фитнес центрове и др. Козметикът с трета степен на професионална квалификация по специалността "Соларни услуги" извършва следните основни трудови дейности: работи безопасно със съоръженията за изкуствен тен и ги поддържа съгласно изискванията, описани в техническата документация; консултира клиента, като му предоставя точна и пълна информация относно въздействието на лъчението върху тялото; определя типа кожа и създава индивидуална програма според нуждите и предпочитанията на клиента; препоръчва соларен/ни козметичен/ни продукт/и в съответствие с нуждите на кожата на клиента. Архаична нормативна уредба на аспекти, касаещи здравния контрол на козметичната дейност С настоящето заявяваме своята сериозна загриженост, че разпоредбите, уреждащи функционирането на козметичните и фризьорските салони, останали практически непроменени от Наредба № 15 от 21 август 1987 г. за хигиенните изисквания за бръснарски, фризьорски и козметични салони, въпреки значителните технологични, социални и професионални промени през последните десетилетия. Тези правила са вече архаични и не отразяват съвременните реалности на козметичната практика — появата на нови апаратури, комбинирани технологии, работа с лични данни, интеграция с медицински естетични услуги и др. Затова предлагаме във възможно най-кратък срок да се пристъпи към изработване и приемане на нова наредба, регламентираща хигиената, санитарните условия и техническите изисквания за салоните (фризьорски и козметични), съобразена с актуалната нормативна база, европейските стандарти и безопасните практики. Козметикът упражнява дейността си във: салони за красота, СПА центрове, лечебни заведения с дейности по кожни и венерически болести, ПВЕХ и др., обекти за търговия с козметични продукти, фирми за търговия		
--	--	--	--

	с апарати и инструменти за козметични дейности, круизни кораби и др. Размиване на границите при предлагане на козметични процедури в СПА и Уелнес програми в хотели, центрове и др. В съвременните условия на интегрирани SPA и wellness центрове, които често функционират в рамките на хотели и туристически комплекси, съвместно работят различни специалисти – лекари по физикална и рехабилитационна медицина, кинезитерапевти, масажисти, козметици и други професионалисти. За потребителя тези услуги представляват едно общо изживяване, въпреки че са нормативно регламентирани от различни актове и попадат в различни професионални стандарти. 1.1. Поради това е необходимо медицинските стандарти, включително настоящият проект по ФРМ, да съдържат ясно разграничение между дейностите, които представляват лечебна практика, и тези, които имат естетична, профилактична или релаксираща цел. Това е от значение както за избягване на припокриване и противоречие между наредби от един и същи ранг, така и за гарантиране на правната сигурност на потребителите, професионалистите и контролните органи. Препоръчваме Министерството на здравеопазването и Министерството на образованието и науката да започнат работа по изготвяне на координирани указания или рамка за съвместна дейност в SPA и wellness сектора, така че отделните професии да се допълват, без да навлизат една в друга, а потребителите да получават безопасна и качествена услуга. Споделени методи за извършване на медицински и козметични дейности от съответните медицински специалисти и козметици В раздел I на проекта са посочени основните терапевтични направления и дейности с различни физикални фактори, вкл. електролечение, светлолечение, лечение с преформирани механична	Не се приема.	1.1. Предложените идеи за изготвяне на координирани указания и рамка за съвместна дейност в SPA и Wellness сектора, са несъотнесими към предмета на Медицинския стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина“.
--	--	-----------------------------	---

	(импулсна) енергия, лечение с магнитно поле, кинезитерапия, ерготерапия, термотерапия, инхалационно лечение, балнео- (хидро-) лечение, пелоидо- (луго-) лечение, климатолечение. Определени са изчерпателно и високо-технологичните лечебни дейности в обхвата на медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“. Медицинската апаратура, необходима за осъществяване на специфичните и високотехнологичните лечебни дейности в обхвата на медицинската специалност, е определена в детайли. Базисното оборудване включва апарати за ниско- и средночестотни токове, апарати за ултразвукова терапия, апарати за нискоинтензивно, нискочестотно магнитно поле, източници на инфрачервени и ултравиолетови лъчи и др. Специфично и високотехнологично оборудване е представено с вани, душеве, кабинни за балнео- (хидро-) лечение, апарат за резонансна магнитофореза, източник на нискоинтензивно лазерно лъчение, ултразвукови апарати за инхалационно лечение и др. В проекта на медицинския стандарт по ФРМ са включени редица уреди и методики, които традиционно се използват и в козметичните практики в цялата страна: • Дарсонвализация, ползваща се в козметичната практика за дезинфекция и стимулиране на кожата; • Ултразвук и фонофореза, ползващи се в козметиката за ултразвуков пилинг, въвеждане на серуми, представляващи козметични продукти по смисъла на Регламент (ЕО) № 1223/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 30 ноември 2009 г. относно козметичните продукти (но не лекарствени продукти!); • Йонофореза с хидратиращи и козметични продукти по смисъла на Регламент (ЕО) № 1223/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 30 ноември 2009 г. относно козметичните продукти (но не лекарствени продукти!);		
--	--	--	--

	• Високочестотни токове, микротокове, електростимулации, които в козметичната практика се използват чрез уреди с токове за стимулиране и подобряване на микроциркулацията; • Инфрачервени и ултравиолетови облъчвания като най-вече LED терапии, инфрачервена лампа, солариум/UV лампи за нокти; • Лазери като неаблативни лазери, IPL и диодни лазери за обезкосмяване; • Апаратен лимфен дренаж, пресотерапия, вакуумни апарати; • Инфрачервена сауна и комбинирани методики. В медицината тези методи се използват за лечение и рехабилитация, докато в козметичната практика – за немедицински естетични, хигиенни и профилактични цели (почистване, хидратация, релаксация, подмладяване и др.). Козметиците нямаме право да диагностицираме или лекуваме заболявания, с което сме напълно запознати. Поради тази причина членовете на Асоциацията на козметиците в България следват и Етичния кодекс на организацията. Съгласно Наредба № 9 от 2016 г. за придобиване на квалификация по професията „Козметик“, държавният образователен стандарт (ДОС) определя компетентностите на козметиците и техния обхват на дейност, а националната изпитна програма (НИП) отразява придобитите знания и умения (изпитът е теоретичен и практически). Козметиците са обучени в рамките на обучението си за придобиване на професионална квалификация съгласно Закона за професионалното образование и обучение (ЗПОО) и последващо се сертифицират допълнително в рамките на надграждащи основното обучение курсове, лекции и др. под., организирани от Центрове за професионално обучение и от производители и дистрибутори на козметични продукти и козметична апаратура. 1.2. Контрол при употреба на преформирани физикални фактори	Не се приема.	1.2. Целите и задачите при лечението на пациенти са принципно различни от тези при разкрасяване на
--	---	-----------------------------	---

	Настоящата наредба по професията гласи, че в своята работа козметикът от втора и трета степен използва козметична апаратура (йонифореза, вапозон, д'арсонвал, фриматор, ултразвук, електроепилация, радиовълни, селективна светлина, галваничен ток, мускулна електростимулация, вакуум, апаратен масаж), като спазва изискванията за качество и безопасност, определени от производителя; козметични продукти; специализирани инструменти и оборудване; работно облекло, лични предпазни средства. При използване на преформирани физикални фактори козметикът работи под контрола на лекар-специалист. Обръщаме внимание, че настоящата разпоредба не уточнява нито обхвата на преформираните физикални фактори, нито вида на специалиста, нито смисъла на понятието „контрол“. Практика на някои от регионалните здравни инспекции в страната е да изискват сключен договор с лекар-специалист без значение от специалността, но това е по-скоро изключение. Със сигурност от юридическа гледна точка „контрол“ не означава постоянно физическо присъствие на лекаря, а: - предварително определяне на граници на компетентност – именно поради това е необходима кохерентност между разпоредбите на наредбите издавани от министъра на образованието и тези наредби, издавани от министъра на здравеопазването, касаещи пряко и косвено дейността на козметика; - въвеждане на вътрешни правила и процедури – понастоящем такива правила изготвят самостоятелно множество козметични салони, вкл. такива правила и процедури се изготвят от производителите на продукти и апаратура, от самите козметици с трета и по-висока степен без намеса на лекар-специалист; - възможност лекарят да извършва периодична проверка или консултация – подобна хипотеза на „контрол“ би била невъзможна за провеждане в живия		клиенти. В медицината всеки апарат или физикален фактор се прилага с лечебна, диагностична и профилактична цел, след лекарски преглед и оценка на здравословното състояние на пациента. От друга страна, при козметичните процедури апаратурата се използва с естетична и хигиенна цел. Смесването на тези две области би довело до рискове за здравето и безопасността на гражданите.
--	--	--	---

	живот, най-малкото защото остава неясно какво се проверява и консултира, с кого и защо. Контролът има превантивен и методически характер, а не оперативен – т.е. лекарят не може да върши работата на козметика, а гарантира, че козметикът я извършва в безопасни параметри. Възможна форма би била договорната, както и провеждането на обучения и инструктажи. Изискването за „контрол“ често се свежда до формално сключен договор, без реално съдържание, т.е. превръща се в бюрократична тежест, а не в гаранция за безопасност. Нищо от изброените обаче не се извършва реално, съотв. не произвеждат правни действия и самата норма следва да се счита за такава с отпаднало значение. Съществува държавен образователен стандарт (ДОС) за професията „Козметик“ (Наредба № 9 на министъра на образованието и науката), който ясно определя компетентностите, необходими за самостоятелното извършване на дейностите, съответно упражняване на професията „Козметик“. Субординирането ѝ чрез поставяне на част от дейностите, които са ѝ присъщни под контрол отнема гарантираната от законодателството самостоятелност. Това обезмисля цялостно характера и смисъла на професията. Не е и европейска практика (напр. CAP Esthétique във Франция, Meisterbrief в Германия). Никъде в тези системи не се изисква постоянен или формален лекарски контрол върху ежедневната работа на козметика. Принцип на правото в ЕС е мерките да са пропорционални на целта (защита на здравето). Изискването за лекарски контрол е непропорционално, защото създава излишни разходи и зависимости, без реална добавена стойност за безопасността. Най-важното е цялостно възприемане, че се изисква разграничение между лечебни и естетични дейности, както и координация и сътрудничество, а не контрол. Ако козметикът забележи проблем със здравословен характер (кожа, бенка, дерматоза, нотки, коса), той следва да има правното задължение да насочи клиента към дерматолог. Този принцип е залегал и в работата		
--	---	--	--

	на настоящата работна група при МОН за изготвянето на проект на нова наредба по професията, целяща да отмени настоящата и въведи актуално законодателство, отговарящо на модерното развитие на професията и бранша. Процедури като почистване на лице, хидратация, масаж, дарсонвал, ултразвукова шпатула, LED терапия и др. не са медицински интервенции. Те използват козметични продукти (по Регламент 1223/2009) и козметична апаратура, които са проектирани за безопасна естетична употреба. При правилно обучение рискът е минимален и не изисква лекарски надзор. Предлагаме в проекта на стандарта по ФРМ да бъде включено изрично уточнение, че процедурите, които се извършват от лица с професионална квалификация „Козметик“ по ДОС, с козметична и хигиенна цел, не представляват лечебна дейност и не попадат в обхвата на този стандарт, въпреки че се използват някои преформални фактори. В синхрон с изложеното, следва да се подчертае, че обучаващите институции – лицензираните Центрове за професионално обучение (ЦПО), вписани в Регистъра на НАПОО, разработват своите учебни планове и програми в съответствие с действащите държавни образователни стандарти, както и с националните изпитни програми. Към момента съществуват редица несъответствия между съдържанието на образователните програми и обхвата на нормативните актове, които очакваме да бъдат преодолені чрез предстоящото приемане на новите ДОС и НИП. Всички процедури с козметично приложение, упоменати в документа, съответстват на Ниво 4 от Европейската квалификационна рамка (ЕКР), което съвпада с третата степен на професионална квалификация (СПК) съгласно българската система. Следователно тяхното упражняване е напълно в съответствие с професионалните компетентности, придобивани чрез официалното професионално обучение.		
--	--	--	--

	им с естетична и хигиенна цел от лица с квалификация „Козметик“ не е лечебна дейност. С нашите предложения не се ограничава обхватът на медицинската професия по ФРМ, а напротив – създава се яснота, правна сигурност и съгласуваност с професията „Козметик“. Така се гарантира защита както на гражданите и потребителите, така и на професионалистите и институциите, които ги контролират.		дейности – диагностика, лечение и рехабилитация. Съответно, въпросите относно „нелечебни дейности“ не попадат в техния обхват. В тази връзка обръщаме внимание, че в Наредба № 9 от 2018 г. за придобиване на квалификация по професията „Козметик“, издадена от министъра на образованието и науката (ДВ, бр. 76 от 2018 г.), ясно са разписани знанията, уменията и компетентностите, необходими за упражняване на тази професия. Съгласно същата наредба, дейността на козметика има естетичен и хигиенен характер, но не включва лечебна практика и не се осъществява в рамките на здравната система. Тези въпроси биха могли да бъдат разглеждани в отделен подзаконов нормативен акт, но не и в медицински стандарт, който е предназначен да урежда лечебно-диагностичната дейност. Направените предложения са извън обхвата и целите на Медицинския стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина“ и не следва да бъдат обсъждани в рамките на стандарта. Подобни текстове биха внесли объркване между лечебна и козметична дейност, което е в противоречие с нормативната рамка и може да създаде рискове за здравето на пациентите.
7. Д-р Андриан М. Яков, управител на „МБАЛ- ГУЛЯНЦИ“ ЕООД № 20-00-417/15.10.2025 г.	Становище относно проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ В частта 3.5. Ниво на компетентност на структурите за болнична помощ, 3.5.2. Второ ниво на компетентност, освен 3.5.2.1.1. за първо ниво на компетентност се изискват минимум три други терапевтични дейности, две от които са по т. 1.2.4. технологични лечебни дейности: - Високоинтензивно магнитно поле – т. 1.2.4.1.2. - за ударно-вълнова терапия – т. 1.2.4.4. - високоинтензивна лазертерапия – т. 1.2.4.5. - апаратен лимфен дренаж – т. 1.2.4.6. - TECAR терапия. Тази апаратура е много скъпа и поради нестабилното финансово състояние на малките болници се изискват	Приема се.	Съгласно част 3.5 Нива на компетентност на структурите за болнична помощ, за второ ниво на компетентност (т. 3.5.2), освен задължителните за първо ниво на компетентност терапевтични дейности (т. 3.5.2.1.1) се изискват минимум три други терапевтични дейности, две от които са технологични лечебни дейности по т. 1.2.4. Дава се възможност на лечебните заведения за избор от 11 категории технологични лечебни дейности по т. 1.2.4 (с магнитно поле; неинвазивна транскраниална електромагнитна стимулация; вибрационна терапия; екстракорпорална ударно вълнова терапия; високоинтензивна лазертерапия; апаратен лимфен дренаж; апаратна механотерапия; робот-асистирана терапия; рехабилитация чрез използване на виртуална реалност; хипербарна оксигенация; подводна

	средства по специални програми и спонсори за тяхното закупуване. Необходим ни е гратисен период от 6 месеца до 1 година за осигуряване на тези апарати. Въпреки закъснението на нашето становище се надяваме да бъде разгледано и взето под внимание.		гимнастика и/или екстензия чрез балнеотехнически съоръжения). Във връзка с посоченото, в преходните и заключителните разпоредби е заложен 6-месечен срок за привеждане на дейността на лечебните заведения в съответствие с изискванията на наредбата.
--	--	--	--

ЯВОР ПЕНЧЕВ

Заместник-министър на здравеопазването