СПРАВКА

ЗА ОТРАЗЯВАНЕ НА ПОСТЪПИЛИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ОТ ОБЩЕСТВЕНИТЕ КОНСУЛТАЦИИ НА ПРОЕКТ НА НАРЕДБА ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА КВАЛИФИКАЦИЯ ПО ПРОФЕСИЯ „ЗДРАВЕН АСИСТЕНТ“

№	Организация/потребител /вкл. начина на получаване на предложението/	Бележки и предложения	Приети/ неприети	Мотиви
	Български лекарски съюз, Предложението е постъпило по електронна поща на 13.02.2026 г.	Във връзка с провежданата обществена консултация по Проект на Наредба за придобиване на квалификация по професия „Здравен асистент“, внесен от Министерството на образованието и науката, № 12134-К, със срок на обществено обсъждане 30.01.2026 г.-02.03,2026 г. (наричан по-долу „*Проекта(-ът) на Наредба"*), моля да имате предвид следното: В качеството си на заинтересована страна, ангажирана с устойчивото функциониране на системата на здравеопазването и с осигуряване на качествени и безопасни здравни услуги, се обръщаме към Вас с предложение за изменение на Проекта на Наредба, а именно: Придобилият трета степен на професионална квалификация по професия „Здравен асистент“ да подпомага дейностите на медицинските специалисти - медицински сестри, акушерки, фелдшери, лекарски асистенти и лекари - за подобряване качеството на живот на пациента/потребителя и при изпълнението на лечебния план в болнична и извънболнична среда. Да предоставя здравни грижи и осигурява здравна и психо-социална подкрепа, като изпълнява всички дейности, предвидени за втора степен на професионална квалификация, и да участва в наблюдението и документирането на състоянието на пациента/потребителя чрез събиране, обобщаване и предоставяне на информация към медицинския екип съобразно утвърдената документация и вътрешните правила на съответната структура. Допълнително, под ръководството от медицинска сестра и/или лекар, и само по назначение на лекар и/или медицинска сестра, здравният асистент с трета степен да може да: - извършва подпомагащи лечебно-диагностични и основни манипулативни дейности с рутинен характер, при стриктно спазване на правила за безопасност, асептика и антисептика, както и на утвърдените алгоритми за работа; - съдейства при прилагането на лекарствена терапия и назначени лечения; и	**Неприето**	Предложението на Българския лекарски съюз съдържа ценен анализ и изводи за определени регистрирани дефицити в системата на здравеопазването в Р България. Въпреки това така формулираното предложение не следва да бъде отразено в съдържанието на Държавния образователен стандарт за придобиване на квалификация по професията поради следните мотиви: Професията с код 091301 „Здравен асистент“ от Списъка на професиите за професионално образование и обучение (СППОО-2024) е позиционирана в системата на професионалното обучение, а не в

		- участва в провеждането на превързочни и други грижи, свързани с поддържане на целостта на кожата и профилактика на усложнения. С оглед на горното, в Проекта на Наредба следва изрично да бъде разписана самостоятелна единица резултати от учене за разширения обхват на третата степен, която да гарантира, че здравният асистент придобива необходимите знания, умения и професионално поведение за безопасно, алгоритмизирано и контролирано изпълнение на подпомагащи лечебно-диагностични и рутинни манипулативни дейности само по назначение и под ръководството на медицинска сестра и/или лекар. **Единица резултати от учене (ЕРУ): „Подпомагащи лечебно-диагностични и рутинни манипулативни дейности под медицински надзор (Ш СПК)“** Единицата има за цел да подготви обучаемия да участва в лечебно-диагностичния и грижовния процес чрез изпълнение на рутинни подпомагащи дейности в рамките на утвърдени алгоритми и вътрешни правила, при стриктно спазване на изискванията за безопасност, асептика и антисептика, както и при задължително документиране и своевременно информиране на медицинския екип при отклонения. **Очаквани резултати от учене - знания:** Здравният асистент с трета степен познава основни анатомо-физиологични и клинични принципи, релевантни към наблюдението на пациента и извършването на рутинни манипулации; познава принципите на инфекциозния контрол (хигиена на ръцете, лични предпазни средства, асептика/антисептика, работа с чисти/замърсени зони и отпадъци, превенция на кръстосана контаминация) и стандартите за безопасност на пациента. Познава основните правила за лекарствена безопасност и терапевтичен процес, без да се допуска самостоятелно вземане на клинични решения извън възложеното. Познава основите на наблюдението и ранното разпознаване на влошаване, включително типични алармиращи признаци, комуникационни протоколи за ескалация към медицинска сестра/лекар и правилата за документиране. Познава нормативните и етичните изисквания, границите на компетентност, режима на работа „по назначение и под ръководство“, както и правилата за професионална конфиденциалност и защита на данните. **Очаквани резултати от учене - умения:** Здравният асистент с трета степен умее да подготвя работната среда, пациента и необходимите материали/консумативиза изпълнение на		системата на регулираните медицински професии, придобивани в рамките на висшето образование. Възлагането на манипулативни дейности, дори класифицирани като „рутинни“, на здравния асистент води до структурно размиване на различните нива на професионална отговорност и упражняваните професионални компетентности. Не следва да бъдат възлагани професионални дейности, които са обект на практикуване от лица с придобито медицинско образование и правоспособност. Фактически концепцията за създаване на професията „Здравен асистент“ се основава на предоставянето на общи грижи и подкрепа, но не в

		рутинни подпомагащи лечебно- диагностични и манипулативни дейности, като прилага стриктно правилата за асептика/антисептика, безопасност и контрол на риска. Умее да използва по установен ред базова медицинска апаратура и средства за мониторинг/функционална оценка в рамките на възложените задачи (подготовка, свързване/позициониране, коректно отчитане/протоколиране, сигнализиране при нетипични стойности или технически проблем). Умее да изпълнява рутинни манипулативни дейности с подпомагащ характер по алгоритъм и по назначение, включително такива, свързани с прилагане на назначени терапевтични мероприятия и грижи, поддържане на целостта на кожата и профилактика на усложнения, както и подпомагане при стандартни инвазивни/полуинвазивни действия с ниска степен на сложност, когато са изрично възложени и под ръководство. Умее да наблюдава пациента преди/по време/след изпълнение на възложеното, да разпознава неблагоприятни реакции или признаци на влошаване, да ескалира своевременно към медицинска сестра/лекар и да документира извършените действия и наблюдения съобразно утвърдената документация и вътрешните правила. **Очаквани резултати от учене - професионално поведение, самостоятелност и отговорност:** Здравният асистент с трета степен работи като част от медицински екип, спазва йерархията на отговорностите и изпълнява дейности единствено в рамките на възложеното и под ръководство, без да замества медицинската сестра или лекаря в клиничната преценка. Поддържа професионална комуникация с пациента/потребителя и близките, прилага подходи за психо-социална подкрепа в границите на своята роля и съдейства за комфорт, достойнство и безопасност. Носи отговорност за коректното изпълнение на възложените действия по алгоритъм, за спазването на правилата за инфекциозен контрол и за точността на документацията, като при несигурност или риск незабавно търси съдействие и не предприема самоволни действия. **Минимални изисквания към практическото обучение (концептуално):** Постигането на резултатите по единицата следва да бъде обезпечено чрез структурирана практика в реална клинична/извънболнична среда под ръководство на медицинска сестра и/или лекар, с демонстрация на компетентност по утвърдени алгоритми, оценка на спазването на безопасност, асептика/антисептика, правилна комуникация и коректно		контекста на несвойствена клинична практика и медицински манипулации. Манипулативните дейности са свързани пряко с определени клинични рискове, което би създало правен „вакуум“ в случай на медицински инцидент. Включването на манипулативни дейности, дори под медицински надзор, би изискало по-продължително обучение, разширяване на медицинските дисциплини и клинична практика близка до ниво медицински специалист, което би изменило компететнтностния профил на професията, нейния обхват и би изместило фокуса й. С цел гарантиране безопасността на пациентите и ясната професионална структура на полаганите за тях грижи, считаме за **нецелесъобразно**

		документиране, както и проверка на уменията за своевременно разпознаване на риск и ескалация към медицинския екип. Мотивите ни за гореописаното предложение са свързани със силно притеснителните натрупващи се системни дефицити в кадровото обезпечаване на здравните грижи, с пряко отражение върху качеството, безопасността и непрекъснатостта на грижата за пациента, както и с необходимостта от устойчив модел за подпомагане на медицинските специалисти в болнична и извънболнична среда чрез ясно регламентирано, контролирано и отговорно делегиране на рутинни дейности, а именно: **I. Системен недостиг на медицински сестри и негативна тенденция в кадровото обезпечаване на грижите** По данни на БАПЗГ през 2024 г. броят на медицински сестри в България е малко под 22 000 с годишна намаляваща тенденция, при почти 34 000 лекари с годишна увеличаваща тенденция, като осигуреността е 34,1 медицински сестри на 10 000 население[1]. Това е структурно нетипична и рискова конфигурация за всяка модерна здравна система, защото именно сестринската грижа е „непрекъсваемата“ грижа до леглото на пациента - кадрово-интензивна, ежедневна и невъзможна за компенсиране само с увеличаване на броя лекари. Поставено в международен контекст, равнището на кадрово обезпечаване със сестрински персонал в България е отчетливо по-ниско спрямо държави с устойчиви модели на болнични и извънболнични грижи. По данни на Евростат за 2023 г. редица европейски държави поддържат над 1 000 медицински сестри на 100 000 население, като Ирландия достига 1 366 на 100 000, Финландия - 1 267 на 100 000, Германия - 1 225 на 100 000, като Белгия, Нидерландия, Швеция, Дания и Австрия също са над прага от 1 000 медицински сестри над 100 000 души население[2]. Дори без да се абсолютизира съпоставимостта на дефинициите между националната и европейската статистика, сравнението ясно показва разликата в мащаба - при отчетени 34,1 сестри на 10 000 (т.е. приблизително 341 на 100 000), България остава значително под равнищата на системи, които разчитат на реално покритие на грижи „24/7“ в отделенията на болниците и в общността. [1] https://nursing-bg.com/здравен-показалец/медицински-сестри/ [2] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals		включването на предложената единица резултати от ученето в стандарта. С оглед преодоляването на посочените в становището на Българския лекарски съюз системни дефицити, препоръчваме евентуално предложение за актуализиране на СППОО с нова професия, която целенасочено да подготвя професионални кадри за асистиране на медицинските специалисти, отдалечени от социалната и битова подкрепа на пациента/ клиента и с необходимото обезпечаване от гледна точка на хорариум и практика.

Още по-показателен е дисбалансът между професиите. В европейската практика медицинските сестри са значително по-многобройни от лекарите, а по данни, обобщаващи европейските тенденции, средната стойност е около 2,4 медицински сестри на 1 лекар[3] - в българския контекст това означава, че при налични около 22 000 медицински сестри и 34 000 лекари, необходимият брой за достигане на средноевропейското съотношение е приблизително 81 600, т.е. необходимият сестрински ресурс е около 371% от наличния (или приблизително 3,71 пъти по-голям от наличния). Това означава системно „подрязване“ на капацитета за грижи - лекарският ресурс не може да разгърне ефективност, ако няма достатъчно сестрински персонал, който да осигурява мониторинг, непрекъсната грижа, изпълнение на назначените терапии и навременна реакция при промяна в състоянието.

Всичко това е критично, защото потребностите от грижи не намаляват - напротив, те нарастват вследствие на застаряването и хроничността на заболявайията, повишената сложност на терапиите и необходимостта от по-интензивно наблюдение и превенция на усложнения.

Важно е да се отчете, че недостигът и застаряването на сестринския персонал са общоевропейски проблем, но той поставя държави с ниска изходна база (каквато е България) в още по-висок риск, В контекста на „Health at a Glance: Europe 2024“ се подчертава очакван значителен недостиг на здравни специалисти до 2030 г. и фактът, че значим дял от сестрите в ЕС са в предпенсионна възраст[4]. При тези условия България има нужда от структурно решение, което да увеличи наличния капацитет за грижи „до леглото на пациента“ чрез ясно регламентиран, по-нискоквалифициран (спрямо медицинската сестра) профил, който да влезе бързо в системата и да поеме рутинните подпомагащи дейности под назначение и контрол, така че сестринският ресурс да бъде насочен към висококвалифицираните грижи и клинични отговорности, за които е обучен.

[3] https://basys.de/aktuelles/hwf/pdf/BASYS%202022%20-%20HWF%20Summary%20Report.pdf
[4] https://ec.europa.eu/newsroom/sante/items/856918

II. Застаряване на сестринския състав и висок риск от ускорен кадрови срив

Данните за възрастовата структура на медицинските сестри показват, че недостигът не е само „текущ“, а е структурен и предвидимо ще се задълбочава поради естественото отпадане на персонал. По информация на БАПЗГ средната възраст на медицинските сестри в България вече достига 49 години (2024 г.), като се наблюдават и отчетливи регионални дисбаланси — от около 45 години в Североизточния район до около 55 години в Югозападния район[5].

Особено тревожен индикатор е делът на сестрите в пенсионна възраст - около 20% от медицинските сестри (около 4 400 от общо 22 000) са в пенсионна възраст, докато на равнище ЕС този дял е около 4%. На практика това означава, че значима част от системата се „удържа“ чрез продължаване на трудова дейност след пенсионна възраст, което носи висок риск от бързо и едновременно отпадане поради пенсиониране, здравословни причини или изтощение.

Проблемът се задълбочава от недостатъчен приток на нови кадри, който обективно не може да компенсира очакваното отпадане. Според БАПЗГ броят на медицинските сестри намалява от 30 903 (2015 г.) до 21 948 (2024 г.), т.е. с близо 1/3 за по-малко от десетилетие, а броят на завършващите също се движи на нива, които трудно могат да „наваксат“ естествените загуби — 547 завършили през 2024 г. Дори при чисто теоретично допускане всички завършили да останат в системата и да работят като медицински сестри, темпът на обновяване на персонала е несъразмерен спрямо очертаващата се „пенсионна вълна“ и натиска върху болничните структури.

В този контекст въвеждането на здравен асистент с трета степен с разширени функции, изпълнявани само по назначение и под ръководство на медицинска сестра и/или лекар, представлява необходима и пропорционална организационна мярка за запазване на капацитета за грижа „до леглото“ и за ограничаване на риска от рязко влошаване на кадровото обезпечаване в близък хоризонт. Тази мярка създава възможност част от рутинните дейности да бъдат поети от подготвен помощен кадър, така че медицинските сестри да насочат ресурс към по-високо квалифицираните сестрински дейности и към клиничния надзор, което е критично именно в условията на застаряващ състав.

[5] https://nursing.bg.com/възрастова-структура-на-медицинските-сестри/

III. Прекомерна натовареност и неефективно разпределение на задачите в екипа

Недостигът на медицински сестри неизбежно води до прекомерна натовареност на наличните сестрински екипи и до „смесване“ на висококвалифицирани сестрински дейности с рутинни, но времеемки подпомагащи задачи. В резултат медицинската сестра разпределя ограничен ресурс (време и внимание) между постоянен клиничен надзор, изпълнение на назначения, документация, организационни дейности и непосредствени грижи, което закономерно увеличава вероятността от пропуски, забавяне на реакцията при влошаване и общо „разреждане“ на контакта с пациента. Именно поради това международните и европейските доказателства последователно свързват високата натовареност (по-голям брой пациенти на една сестра) с по-лоши резултати за пациента - в многоцентровото европейско изследване RN4CAST всяко увеличение с един пациент към натовареността на медицинска сестра се асоциира със статистически значимо повишаване на риска от смъртност в рамките на 30 дни[6].

Тази връзка не е само теоретична, а се проявява практически чрез феномена „пропусната/неизвършена поради липса на време грижа“ (missed nursing care) [7] - ситуация, при която важни елементи от ежедневната сестринска грижа се отлагат или изобщо не се извършват, защото екипът е под нормативния и клинично необходимия капацитет. Национални и международни обобщения на доказателства посочват, че пропуснатите грижи са широко разпространени и са предвидимо свързани с недостатъчното кадрово обезпечаване, високото натоварване и неадекватното съотношение на квалификациите в екипа, като неблагоприятните последици включват по-висок риск от усложнения, инфекции, падания, декубитални рани, понижаване на удовлетвореността на пациента и увеличаване на неблагоприятни събития.

Същевременно, именно „невидимото“ натрупване на несъщински за високата квалификация на медицинската сестра задачи е сред ключовите механизми, чрез които системата губи ефективност. Националният институт за високи постижения в здравеопазването и грижите на Обединеното кралство (National Institute for Health and Care Excellenc (NICE)) изрично признава, че при определяне на кадровите нужди трябва системно да се отчитат не само дейностите по пряка грижа, но и

[6] https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673613626318

[7] https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care

допълнителният сестрински товар (комуникация с близки, управление на екипа и отделението, наставничество/надзор и други дейности извън непосредствения контакт с пациента)[8]. Когато към този неизбежен организационен и документален обем се добавят и рутинни подпомагащи манипулации се стига до структурно „изяждане“ на времето за клинично наблюдение и превенция на усложнения - точно тези дейности, които са критични за качеството и безопасността на медицинската услуга.

Предложението ни цели прецизно и контролирано „разтоварване“ на сестринския ресурс чрез въвеждане на междинен кадър, който да поема ясно дефинирани рутинни подпомагащи лечебно-диагностични и основни манипулативни дейности само по назначение и под ръководство. Подобен подход е в синхрон с европейските практики за безопасно планиране на капацитета и структурата на екипа по компетентности и роли - насоките на NICE изрично препоръчват при определяне на потребностите от сестрински персонал да се отчита кои дейности могат безопасно да се делегират на обучени и компетентни здравни асистенти, при запазване на професионалната отговорност и отчетност на регистрираните медицински сестри за цялостната грижа.

Създаването на по-функционална трета степен при здравните асистенти е мярка за възстановяване на баланса в екипа и за защита на пациента - тя позволява медицинските сестри да съсредоточат времето си върху дейностите, които изискват сестринска преценка и професионална отговорност, като едновременно намалява преработването и риска от пропуски вследствие на хронична претовареност. Подчертаваме изрично, че тази мярка не отменя и по никакъв начин не засяга професията „медицинска сестра“, нито редуцира нейния статут и ключова роля, а напротив - цели да я подкрепи и да защити качеството и безопасността на сестринската грижа в условията на кадрови дефицит,

IV. Качество и безопасност иа медицинската помощ - връзка между кадровия недостиг, наблюдението и вътреболничния риск

Качеството и безопасността на болничната медицинска помощ са пряко зависими от наличието на достатъчен персонал по здравни грижи, който да осигури непрекъснато наблюдение, своевременно разпознаване на отклонения и изпълнение на базови превантивни мерки (включително по линия на инфекциозен контрол). Вътреболничните инфекции са сред най-значимите предотвратими неблагоприятни събития в болничната среда и

[8] https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/chapter/Recommendations

представляват съществена тежест за пациента и системата - по данни, цитиращи оценка на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)), приблизително 4 милиона пациенти годишно в Европа придобиват вътреболнична инфекция, като се отчита и значим принос към смъртността, както и приблизително 16 милиона допълнителни болнични дни годишно вследствие на такива инфекции[9].

Натрупаните международни доказателства показват, че недостигът на сестрински персонал и „поднорменото“ обезпечаване на смените са свързани с повишен риск от неблагоприятни изходи, включително инфекции, свързани с болничното лечение. В систематични анализи и наблюдателни изследвания се установява, че при последователни дни на недостатъчно кадрово обезпечаване рискът за вътреболнична инфекция нараства, като се отчита и статистически значима зависимост „ден по ден“ - всеки допълнителен ден с недостиг е асоцииран с допълнително повишение на риска от инфекция. Това е особено важно в отделения и клинични структури, в които рискът поначало е по-висок поради иивазивни процедури, венозен достъп, катетеризация, апаратна вентилация и необходимост от по-интензивно наблюдение.

Причинно-логичната връзка е разбираема и на практическо ниво - при недостатъчен персонал се компрометира „времето за безопасност“ - времето, необходимо за правилно изпълнение и двоен контрол на ключови процеси (асептика/антисептика, хигиена на ръцете, поддържане и своевременно премахване на инвазивни устройства, профилактика на кожни увреждания, позициониране и мобилизация, своевременно отчитане и документиране на промени в състоянието). Когато сестринските екипи са принудени да покриват едновременно твърде голям обем пациенти и рутинни дейности, се увеличава вероятността от „пропуснати грижи“, забавяне на реакциите и непълно прилагане на алгоритмите за превенция - именно тези отклонения създават условия за нарастване на вътреболничния риск и за по-чести усложнения, включително инфекциозни[10].

В този контекст предложеното разширяване на третата степен на професионална квалификация по професия „Здравен асистент“ следва да се разглежда като инструмент за повишаване на реалния капацитет за

[9] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3701468/
[10] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6478399/

наблюдение и грижа „до леглото на пациента“, а не като формално-административна промяна. Чрез въвеждане на ясно определен междинен, по-ниско квалифициран кадър, който да извършва подпомагащи лечебно-диагностични и основни манипулативни дейности с рутинен характер само по назначение и под ръководство, се увеличава наличното време на медицинската сестра за дейностите, които са критични за безопасността и изискват сестринска преценка и професионална отговорност - клинично наблюдение и оценка, управление на риска, комплексни грижи и координация на процеса на лечение. Това означава повече последователност в прилагането на мерките за превенция и по-малко предпоставки за „разреждане“ на контрола в натоварени смени и структури.

Съществено е, че моделът, който предлагаме, е „контролиран“ - основните дейности се извършват единствено при наличие на изрично назначение и под надзор, при стриктно спазване на утвърдени алгоритми, правила за безопасност, асептика и антисептика и вътрешни процедури. Именно тази комбинация създава предпоставки за едновременно повишаване на ефективността и укрепване на безопасността, включително чрез ограничаване на факторите, които водят до вътреболнични инфекции и други предотвратими усложнения.

V. Ограничаване на реалния капацитет на лечебните заведения поради незаети щатове и дефицит „до леглото на пациента“

Дефицитът на медицински сестри се материализира най-ясно там, където системата няма „буфер“ - в ежедневното осигуряване на 24/7 грижа и непрекъснато присъствие до леглото на пациента. Този тип грижа е кадрово-интензивна и при недостиг се превръща в ограничител на реалния капацитет - дори при налични лекари, апаратура и леглова база, отделенията не могат устойчиво да поддържат денонощни графици, да осигуряват заместванията при болнични/отпуски и да гарантират безопасно натоварване на смените.

Този натиск от липса на достатъчно медицински сестри води до конкретни управленски и оперативни последици - рискове от временно спиране на дейност, ограничаване на приеман „кризисни“ решения за сглобяване на графици. Показателни са публично документираните случаи, при които недостигът на кадри се концентрира в ключови структури, като за да се избегне риск от спиране на работа се прибягва до временно командироване на специалисти от други краища на страната, а директори на лечебни заведения за болнична помощ депозират оставки именно поради

невъзможност да стабилизират кадрово тези звена. Това е пряк пример как дефицитът „до леглото“ може да се превърне в непосредствен риск за непрекъсваемостта на болничната дейност.

В тази среда болниците често са принудени да „харчат“ сестрински ресурс за дейности с рутинен характер, вместо да го насочат към компетентностите, които само сестрата може да изпълнява безопасно и отговорно. Така недостигът не просто намалява броя налични смени, но и понижава ефективността на наличния персонал - когато сестрите са принудени да покриват едновременно високорискови клинични задачи, документация, организационни дейности и базови манипулации, системата губи време, увеличава се вероятността от забавяния и се създава хронична нестабилност на работния процес. Следователно „незаетите щатове“ не са само кадрова статистика – те ограничават възможността лечебните заведения да работят предвидимо, да поддържат пълни графици и да предоставят услуги при реално нарастващо търсене.

Недостигът на медицински сестри директно редуцира реалния капацитет на отделенията и принуждава лечебните заведения към временни и кризисни мерки (командироване, ограничения на дейността, нестабилни графици). Чрез въвеждане на здравен асистент с трета степен с разишрени, но строго контролирани функции се създава устойчив механизъм за стабилизиране на графиците и поддържане на реално работещи звена и качествени медицински услуги, при запазване на професионалната отговорност и клиничния надзор в медицинския екип.

VI. Продължителна подготовка на медицинските сестри и невъзможност

Българската нормативна рамка за единните държавни изисквания предвижда за специалност „Медицинска сестра“ минимален обем от 240 кредита и не по-малко от 4630 учебни часа - четиригодишен образователен цикъл.

Тази продължителност има пряк системен ефект - недостигът не може да бъде „наваксан“ в кратък хоризонт само чрез увеличаване на приема. Дори при незабавно разширяване на приема през 2026 г., първите допълнителни кадри биха могли да влязат в системата реалистично след завършване на пълния цикъл, т.е. около 2030/2031 г. Междувременно системата трябва да обезпечи ежедневната, непрекъсната грижа „до леглото

на пациента“ тук и сега - в условия на натиск върху графиците, дежурствата и устойчивостта на екипите.

Данните на европейско ниво показват, че капацитетът на образователната фуния за сестрински кадри е ограничен и че увеличаването на броя дипломирани специалисти е процес с инерция и зависимост от ресурсите на образователната и клиничната инфраструктура. Евростат отчита съществени различия между държавите по показателя за дипломирани сестрински кадри спрямо населението (например значително по-високи стойности в част от северните държави), което потвърждава, че увеличаването на изхода е възможно, но изисква време, планиране и устойчива инвестиция, а не е инструмент за бърза компенсация на дефицит в рамките на няколко години[11].

Именно поради това считаме, че нашето предложение ще постигне реален ефект още в текущия кадрови цикъл - намалява се натискът върху сестринските екипи, подобрява се организацията на денонощните грижи и се създават предпоставки медицинските сестри да насочат професионалната си енергия към дейностите, които изискват сестринска преценка, клинично мислене и професионална отговорност.

В заключение, Българският лекарски съюз изразява сериозна тревога от задълбочаващите се и взаимно усилващи се дефицити в кадровото обезпечаване на здравните грижи, които вече имат пряко отражение върху непрекъснатостта на грижата, натоварването на екипите и безопасността на пациента, и които при липса на своевременни структурни мерки създават реален риск за устойчивото функциониране на лечебните заведения и качеството на предоставяната медицинска помощ. С оглед на това БЛС заявява готовност да участва с пълния си експертен капацитет в диалог с Министерството на здравеопазването и Министерството на образованието и науката за формулиране и прилагане на работещи решения, включително чрез обсъждане и нормативно прецизиране на предложеното разширяване на функциите на „здравен асистент“ с трета степен при ясно дефинирани граници, назначение и контрол, като мярка за стабилизиране на грижата „до леглото на пациента“ и подкрепа на медицинските сестри, без да се засяга тяхната професия и ключова роля в здравната система

[11] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=664863