СПРАВКА

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

№	Организация/потребител /вкл. начина на получаване на предложението/	Бележки и предложения	Приети/ неприети	Мотиви
1.	**ЧПК „Виталис“** Предложението е получено по електронна поща на 11.02.2026 г.	Екипът на Частен професионален колеж „ВИТАЛИС“ приветства инициативата на Министерството на образованието и науката за актуализиране на Държавния образователен стандарт (ДОС) за професията „Парамедик“. Вярваме, че това е стратегическа стъпка, която ще има пряко отражение върху качеството на спешната медицинска помощ в България и ще подпомогне сектора на здравеопазването. Кои сме ние и защо нашето мнение е важно? Екипът на Колеж „Виталис“ са утвърдени медицински специалисти в обучение по първа помощ и спешно реагиране в България. През изминалата година разработихме и получихме одобрение за учебен план, който поставя висока летва в професионалното образование – със силен фокус върху медицинските дисциплини и диагностичната способност на парамедика. Нашата методология е базирана на международния опит и реалните нужди на доболничната помощ у нас. В съвременната архитектура на спешната помощ парамедикът с 4-та квалификационна степен не е просто изпълнител, а професионалист, който често работи самостоятелно на терен – в отдалечени региони, в индустриални структури или като водеща фигура в мобилни екипи. Високото ниво на неговата клинична подготовка е гарант за обществената сигурност. Колкото по-подготвен е парамедикът, толкова по-ефективна е системата на здравеопазването. Бихме искали да обсъдим възможността за засилване на клиничната тежест при 4-та квалификационна степен, за да отговорим на реалните предизвикателства пред парамедиците у нас: Самостоятелност на терен: Парамедиците с 4-та степен често са единствените медицински лица в отдалечени структури, индустриални обекти или частни спасителни екипи. Те са част от екипите за Спешна		

		медицинска помощ към ЦСМП в цяла България и високото ниво на обучение ще дава още повече сигурност на нацията. Те трябва да притежават умения за диференциална диагноза, за да вземат животоспасяващи решения без пряк надзор от лекар. Клинична подготовка: Настояваме в новия стандарт и учебен план да залегнат по-сериозни часове по Кардиология, Неврология, Образна диагностика, Клинична лаборатория, Офталмология и т.н. Без разбиране на патофизиологичните процеси, парамедикът се превръща в изпълнител на процедури, а не в компетентен специалист по спешна медицина. Вярваме, че професионалното образование трябва да се стреми към надграждане, а не към опростяване на изискванията. Поддържането на висока летва в обучението е инвестиция в здравето на хората и в успеха на всяка бъдеща здравна реформа. Колеж „Виталис“ има готовност да предложи своя опит и работещ учебен план като ресурс, който може да бъде полезен при структурирането на националния стандарт. Целта ни е обща – да създадем рамка, която да подготви специалисти, вдъхващи доверие в държавната и частната спешна медицина. Във връзка с гореизложеното, настояваме за работа среща на живо с представители на МОН и работната група по проекта. Вярваме, че директният диалог между институциите и организациите с реален практически и образователен опит е единственият начин да се създаде работещ и адекватен стандарт. Очакваме Вашия отговор и предложение за дата и час за среща.		
2.	**ЧПК „Виталис“** Предложението е получено по електронна поща на 24.02.2026 г.	Настоящото писмо има за цел да представи професионално и стратегически обоснована аргументация относно необходимостта от ясно регламентиране и развитие на професията „Парамедик – четвърта квалификационна степен“ като ключов елемент от съвременната система за спешна медицинска помощ. I. Въведение – същност и роля на професията		

Парамедикът IV квалификационна степен представлява най-високото ниво на професионална подготовка в рамките на извънболничната спешна медицина.
Неговата роля е критична за оцеляването на пациента в т.нар. „Златен час“ – периодът от инцидента до предаването на лицето в специализирано болнично звено. Фокусът на тази професия е върху прецизната клинична оценка, поддържането на жизнените функции, стабилизирането на критични състояния и осигуряването на високоспециализиран и безопасен транспорт до лечебно заведение, където се разгръща болничната диагностика и терапия.

II. Необходимост от четвърта квалификационна степен
Четвъртата квалификационна степен представлява необходимото образователно и професионално ниво, съответстващо на европейските и световни стандарти в извънболничната спешна помощ. Международната практика (съгласно препоръките на ILCOR и ERC) показва, че високата степен на автономност и разширените компетенции на парамедиците са пряко свързани с подобряване на преживяемостта при критични състояния, намаляване на времето до интервенция и повишаване на ефективността на системата.
Подготовката на това ниво гарантира овладяване на инвазивни и неинвазивни техники, управление на дихателни пътища, медикаментозна терапия по алгоритъм, кардиопулмонална ресусцитация, травматологична стабилизация и клинична оценка по системи като ABCDE.

III. Глобална трансформация на спешната помощ
През последните десетилетия, започвайки от мащабните реформи в САЩ в края на 90-те години и последвалите промени във Великобритания, Австралия и редица европейски държави, се наблюдава фундаментална трансформация в спешната помощ. Преходът от модела „Stay and Play“ (с участието на лекари на терен) към модела на висококвалифицираните парамедицински екипи доказа своята ефективност. Този модел признава, че извънболничната медицина е специфична субдисциплина, в която парамедикът е обучен да действа в условия на ограничена диагностична апаратура и враждебна среда – специфики, които често се различават от класическото болнично обучение на лекарите.

IV. Икономически и организационни аргументи

Системите за здравеопазване в световен мащаб са изправени пред структурен недостиг на лекари, особено в извънболничната и теренната медицина. Поддържането на лекаро-центриран модел в спешните екипи води до значителен финансов ресурсен разход и организационна неустойчивост.
Парамедицинският модел позволява оптимизация на човешките ресурси, рационално разпределение на лекарския капацитет към болничната помощ и осигуряване на непрекъсваемост на спешната медицинска услуга в нарастващ брой населени места. Това представлява стратегически устойчиво решение в контекста на демографските и кадрови предизвикателства.

V. Приложимост към българската система и доказуема кадрова необходимост
Към настоящия момент системата на спешната медицинска помощ в България функционира в условията на устойчив кадрови дефицит, който пряко засяга оперативната готовност на екипите и качественото изпълнение на извънболничната грижа. Публично оповестени данни от последните години показват значителен недостиг на медицински кадри в Центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) – по изказване на директор на ЦСМП през декември 2025 г. недостигът е приблизително 140 лекари и 60–70 медицински сестри, при наличие на техника и логистика, но недостатъчни екипи за реално изпълнение на дейността. Допълнително, публични публикации за кадровата ситуация в страната отчитат, напредналата възраст на екипите, в комбинация с незаетите позиции в спешната помощ, които са стотици. В национален мащаб се съобщава за близо 750 свободни места в спешните центрове във всички области.
Паралелно с това, проблемът не е изолиран само до спешната медицина, а отразява по-широк системен дефицит на среден медицински персонал, най-вече медицински сестри. По официални данни на НСИ към 31.12.2024 г. медицинските сестри в страната са 28 393, като се наблюдава спад спрямо 2023 г. На ниво европейски сравнителни показатели, профилът „State of Health in the EU“ за България (ОИСР/Европейска обсерватория) отчита, че осигуреността с медицински сестри е сред най-ниските в ЕС – 4,2 на 1000 души, приблизително два пъти под средната стойност за ЕС. Публично представени анализи в България също посочват значителен дефицит от порядъка на хиляди липсващи медицински сестри, като проблемът е национален и засяга всички области.

		Освен в рамките на ЦСМП, нарастващата кадрова криза в здравните грижи предполага реална обществена потребност парамедикът да бъде интегриран и като медицински специалист за първа реакция и здравен надзор в среда извън болницата – включително в детски градини, училища и големи корпоративни структури, където често няма организационна и ресурсна възможност да се осигури постоянно лекарско присъствие, но съществува обективна необходимост от компетентен медицински отговор при спешни състояния, инциденти и остри заболявания. Във връзка с развитието на професията „Парамедик – четвърта квалификационна степен“ представяме нашия експертен капацитет и позиция относно необходимостта от прецизиране на държавния образователен стандарт. VI. Екипът на частен професионален колеж „Виталис“ и нашите конкретни предложения Вече повече от осем години обучаваме парамедици – както трета, така и четвърта квалификационна степен, като екипът ни включва лекари, доценти и професори със специалности по неврология, хирургия, анестезиология и интензивно лечение, акушерство и гинекология, както и травматология, с дългогодишен клиничен и преподавателски опит. Като колеж, чийто преподавателски състав се състои изцяло от лекари, предлагаме следните професионални корекции: 1. Ревизия на ЕРУ 5: От „Медицинска терминология“ към задължително изучаване на „Латински език“ В проекта за ДОС (ЕРУ 5) се говори за разпознаване на термини, но липсва фундаментът – Латинският език. • Аргументация: Латинският език е официалният език на медицината в България. Без него е невъзможно качественото разчитане на медицинска документация, разбирането на анатомичната номенклатура и четенето на специализирана медицинска литература. • Предложение: ЕРУ 5 да бъде трансформирано в „Медицинска терминология с латински език“, за да се осигури база за следващите дисциплини като Анатомия и физиология, Ортопедия и травматология, Кардиология и др.	Не се приема	**1. Предложение за задължително изучаване на латински език.** **ЕРУ 5 вече включва латинска медицинска терминология** — и то не имплицитно, а с изрично посочени примери. На базата на резултат от учене 5.1 обучаемият трябва да познава основни

				медицински термини, илюстрирани именно с примери на латински език: *fractura, pulmo, vena, trauma*, както и рецептурни форми като *solutio, per os, suppositorium, subcutanee*. В резултат от учене 5.2 — отново са дадени примери на латински език: *infarktus, haemorrhagia, insufficientia respiratoria*. Уменията включват свързване на тези термини с българските им еквиваленти, извличане на смисъл от медицински документи и използване на терминологията в комуникация с медицински специалисти. Латинският терминологичен фундамент е заложен адекватно и целесъобразно в ДОС - той просто не е наименуван като отделен предмет. Въвеждането на системен курс по латински език

				(граматика, деклинации, спрежения) обаче би било несъразмерно на профила на парамедика. Парамедикът не съставя диагнози, не пише епикризи и не чете научна литература на латински — той разпознава и използва фиксиран набор от клинични термини в оперативна комуникация. Сравнението с медицинското висше образование е неподходящо и нецелесъобразно спрямо предвиденото в ДОС образователно равнище: лекарите и медицинските сестри изучават латински език в контекста на университетска програма с продължителност 4–6 години. Професионалното обучение по четвърта СПК не е университетско и хорариумът му не позволява включване на пълноценен езиков

				курс, нито пък това е необходимо за постигане на дефинираните резултати от учене. Нещо повече — ЕРУ 3 („Анатомия и физиология") изрично изисква познаване на „основни анатомични термини", което допълнително затвърждава латинската терминология в контекста на конкретните анатомични структури. Двете ЕРУ работят в синергия: ЕРУ 5 дава терминологичната рамка, ЕРУ 3 я прилага върху конкретни системи и органи. Предложението всъщност не визира липса в ДОС, а преименуване, което би създало нереалистични очаквания за обем и дълбочина на езиковата подготовка, несъвместими с характера на професионалното обучение.

		2. Преодоляване на хоризонталната фрагментация при фундаменталните спешни състояния В предложения проект теми като „Шок“, „Кардиален арест“, „Инфаркт“ и „Инсулт“ са разпръснати в няколко различни ЕРУ (ЕРУ 8, 9, 14, 15, 17, 18). • Аргументация: Тази разпокъсаност създава предпоставки за дублиране на информация, преподаване на различен тип лекции от различни лектори и липса на единен протоколен подход. Това пречи на курсистите да изградят структуриран алгоритъм за действие. • Предложение: Централизиране на теоретичната база в единен модул „Патофизиология на спешните състояния“, където механизмите на шока и основните единици да бъдат изучени цялостно, а в практическите модули (ЕРУ 14 и 18) да се наблегне единствено на специфичното им приложение по протокол.	Не се приема	**2.Предложение за преодоляване на хоризонталната фрагментация при спешните състояния.** Предложението изхожда от погрешна предпоставка. Прегледът на ДОС показва, че патофизиологията вече **е обособена** в самостоятелна ЕРУ 15 („Патофизиологични процеси при спешни състояния“), която изрично включва шок, дихателна и сърдечна недостатъчност, мозъчен инсулт, миокарден инфаркт, белодробна емболия, травма, сепсис, хипогликемия/хипергликемия и отравяния. Това, което авторите на предложението визират, вече на практика съществува в проекта. Присъствието на упоменатите теми и в ЕРУ 18 („Управление на спешни състояния") не е дублиране, а целенасочено надграждане: ЕРУ 15

				изучава **механизма** (какво се случва в организма), а ЕРУ 18 изучава **интервенцията** (какво фактически прави парамедикът). Това е класическият спираловиден учебен модел — ключовите концепции се въвеждат на теоретично ниво и се надграждат с нарастваща сложност в приложен контекст. Изкуственото допълнително концентриране на тези теми би довело до три конкретни проблема за обучителния процес: когнитивно претоварване при масирано усвояване на абстрактна теория без непосредствен практически контекст; изпразване на ЕРУ 18 от теоретична обосновка, превръщайки я в чисто процедурен блок; и затрудняване на интегрираното оценяване чрез сценарийни изпити (OSCE), което изисква

				курсистът да свързва патофизиология с протокол в реално време. Единният протоколен подход, за който авторите изразяват основателна загриженост, се гарантира не чрез местоположението на темата, а чрез ясно дефинираните резултати от учене в ДОС и препратката към действащите национални и международни протоколи (ERC, ITLS/PHTLS). Координацията между лекторите е организационен и методически въпрос на обучаващата институция, а не структурен проблем на стандарта.
		3. Методическо разделяне на ЕРУ 19: Педиатрия, Акушерство и Гериатрия Настоящият проект обединява три коренно различни медицински направления в една единица (ЕРУ 19), което от медицинска гледна точка е недопустимо. • Аргументация: Спешните състояния в детска възраст, воденето на раждане на терен и патологията при гериатрични пациенти изискват специфичен диагностичен подход, различна фармакотерапия и дозиране. Обединяването им води до повърхностна подготовка и риск за пациентите.	Не се приема	**3. Мотиви за запазване на обединената ЕРУ 19:** ***1).*** **Парамедикът не е тесен клиничен специалист — той е генералист на**

		• Предложение: Разделяне на ЕРУ 19 на три самостоятелни модула: o „Педиатрия и спешни педиатрични състояния“ o „Спешни състояния в акушерството и гинекологията“ o „Спешна помощ при гериатрични пациенти“.		**доболничната спешна помощ.** Парамедикът работи в извънболнична среда, където е практически невъзможно да се предвиди профилът на следващия пациент. Обединяването на тези теми в една ЕРУ отразява именно **интегративния характер на парамедицинската практика** — способността за бързо „превключване“ между възрастови групи и патология в условията на ограничено време и ресурси. ***2).* Международната образователна практика в областта подкрепя интегрирания подход.** Водещите международни образователни рамки за парамедици **систематично обединяват** специалните популации (педиатрични, акушерски и

				гериатрични пациенти) в **общ модул** или блок, именно понеже от гледна точка на парамедика обединяващият принцип не е клиничната специалност, а принципът на работа с „уязвими/специални групи пациенти" в доболнични условия. Разделянето на три самостоятелни модула **не е целесъобразно** от гледна точка на утвърдената международна практика и би затруднило взаимното признаване на квалификации. ***3).*** **Обединяващият дидактически принцип е „специален пациент в доболнична среда", а не клинична специалност.** Авторите на предложението допускат методологическа грешка, като прилагат болничната логика на клиничните

				специалности (педиатрия, акушерство и гинекология, гериатрия) към доболничната спешна помощ. В болничната среда тези направления са самостоятелни, защото включват етапите диагностика, лечение, проследяване. Парамедикът обаче не лекува, не проследява и не специализира — той разпознава, стабилизира и транспортира. От тази гледна точка обединяващото в ЕРУ 19 е не клиничната патология, а **общият подход**: модифицирана оценка (адаптирани скали, различни нормални стойности), адаптирана комуникация (дете – родител, родилка, пациент с когнитивен дефицит) и специфични протоколи за доболничната среда. ***4).*** **Хорариумът и учебното натоварване не обосновават разделяне.**

				Разделянето на три самостоятелни ЕРУ би довело до изкуствено „раздуване“ на учебния план, необходимост от три отделни изпита, три отделни комисии и утежняване на административната рамка — без пропорционална добавена стойност за качеството на подготовката. В рамките на една ЕРУ тематиките могат да бъдат ясно структурирани като вътрешни раздели с определен минимален хорариум за всеки (заложено в конкретната учебна документация), без да е необходимо формално обособяване.
		4. Предложение за въвеждане на профилирани клинични дисциплини за IV квалификационна степен За да се осигури качественият „клиничен скок“, необходим за подготовката на парамедика от IV степен като лидер на мобилен екип, настояваме за преструктуриране на учебния план и включване на следните самостоятелни дисциплини: 4.1. Спешна Кардиология • Значимост: Сърдечно-съдовите инциденти са водеща причина за внезапна смърт, което налага парамедикът да владее задълбочена интерпретация на ЕКГ и фармакодинамика на антиаритмичните средства.	Не се приема	**4.Предложение за въвеждане на 15 отделни клинични дисциплини** (Спешна Кардиология, Спешна Неврология, Клинична Фармакология, Спешна Хирургия, Травматология, Спешна Педиатрия, Акушерство/Гинеколог

		• Спешни състояния: Остър коронарен синдром (ОКС), ритъмно-проводни нарушения, кардиогенен шок и остра сърдечна недостатъчност. 4.2. Спешна Неврология • Значимост: Бързата и прецизна неврологична оценка на терен е критична за спазването на терапевтичния прозорец, което минимизира риска от трайна инвалидизация на пациента. • Спешни състояния: Исхемичен и хеморагичен инсулт, епилептичен статус, преходни нарушения на мозъчното кръвообращение и коматозни състояния. 4.3. Клинична Фармакология • Значимост: Парамедикът от IV степен работи с широк спектър от животоспасяващи лекарства, което налага дълбоко познаване на техните механизми, взаимодействия и нежелани реакции в условия на шок. • Спешни състояния: Прецизно изчисляване на дозировки при анафилаксия, кардиотонична поддръжка, антикоагулантна терапия и спешно обезболяване с наркотични и ненаркотични аналгетици. 4.4. Спешна Хирургия • Значимост: Познаването на хирургичната патология позволява на парамедика да разпознае състоянията на „остър корем“, които изискват незабавна оперативна намеса и специфичен транспортен режим. • Спешни състояния: Остър апендицит, перитонит, заклещена херния, гастроинтестинални перфорации и остра мезентериална исхемия. 4.5. Травматология и Ортопедия • Значимост: Травматологичният мениджмънт е в основата на доболничната помощ, като правилното поведение предотвратява масивни кръвоизливи, вторични увреждания и фатален изход при политравма. • Спешни състояния: Открити и закрити фрактури, тазови травми с висок риск от хеморагичен шок, гръбначно-мозъчни травми и ампутации. 4.6. Спешна Педиатрия • Значимост: Анатомо-физиологичните особености на детския организъм изискват специфичен подход при реанимация и прецизно дозиране на медикаментите на килограм тегло. • Спешни състояния: Остър ларинготрахеит (круп), декомпенсиран респираторен дистрес синдром, фебрилни гърчове и менингококов сепсис. 4.7. Спешни състояния в Акушерството и Гинекологията • Значимост: Парамедикът трябва да бъде подготвен да действа автономно при водене на раждане извън болница и да овладява усложнения, застрашаващи едновременно два живота.		ия, Вътрешни болести, Нефрология/Урология, Клинична Токсикология, Инфекциозни болести, УНГ, Офталмология, Образна диагностика, Клинична лаборатория). Това е най-проблемният пункт в становището поради следните причини: • **Превишава обхвата на заложената СПК.** Четвърта СПК по Закона за професионалното образование и обучение (ЗПОО) кореспондира на ниво 5 по НКР/ЕКР, а не е част от системата на висшето образование. Предложеният обем по същество копира учебен план на медицинско висше образование (6 години медицина), представен във формата на ДОС за парамедик. Това не е нито практически

		• Спешни състояния: Извънболнично раждане, прееклампсия/еклампсия, обилни акушерски кръвоизливи и абрупция на плацентата. 4.8. Вътрешни болести • Значимост: Системното изучаване на вътрешните болести е фундамент за диагностика на мултиорганни нарушения при пациенти с хронични заболявания, които декомпенсират остро. • Спешни състояния: Белодробна емболия (БТЕ), остра дихателна недостатъчност (ХОББ, астма), анемични състояния и системни възпалителни реакции (сепсис). 4.9. Нефрология и Урология • Значимост: Спешните урологични състояния са свързани с изключително силен болков синдром и риск от бързо развиваща се бъбречна недостатъчност, което изисква адекватна медикация на терен. • Спешни състояния: Бъбречна колика, остра задръжка на урина (анурия), парафимоза и руптура на пикочен мехур при травма. 4.10. Клинична Токсикология • Значимост: В условията на битови и промишлени инциденти, парамедикът трябва незабавно да идентифицира типа отрова и да приложи специфични антидоти или деконтаминация. • Спешни състояния: Остри отравяния с медикаменти, наркотични вещества, въглероден оксид и тежки химически изгаряния. 4.11. Инфекциозни болести и Епидемиология • Значимост: Парамедикът е на първа линия при съмнение за силно заразни инфекции, което изисква познания за биосигурност, триаж и специфична изолация на пациента. • Спешни състояния: Септичен шок, фулминантни форми на грип, вирусен менингит и специфична подготовка за работа в условия на пандемия. 4.12. Ушно-носно-гърлени болести (УНГ) • Значимост: Спешността в УНГ често е свързана с критично прегражданe на горните дихателни пътища, където всяка секунда закъснение води до асфиксия. • Спешни състояния: Чужди тела в ларинкса и трахеята, масивен епистаксис, остри отоци (едем на Квинке) и абсцеси. 4.13. Офталмология • Значимост: Парамедикът трябва да владее специфичните техники за първа помощ при очни травми, за да предотврати необратима слепота и тежка инвалидизация на сетивния орган.		реализуемо, нито правно допустимо в контекста на ЗПОО. • **ДОС определя ЕРУ, а не учебни дисциплини.** Предложението смесва образователен стандарт с учебен план. ДОС не регламентира уч. дисциплини — те се определят в учебния план на конкретната обучаваща институция. • **Образна диагностика / POCUS/ FAST протокол.** Предложението парамедикът да прилага ехография на терен (POCUS) е **неприложимо** за четвърта СПК и **не съответства** на ДТПА, където домедицинският екип не разполага с такъв апаратурен ресурс. Дори в развитите системи (Великобритания, Австралия) POCUS е въведен само за критичните грижи

		• Спешни състояния: Проникващи наранявания на очната ябълка, химически и термични изгаряния, остра глаукомна атака. 4.14. Образна диагностика (Основни принципи) • Значимост: Владеенето на основите на образната диагностика е задължително за парамедици IV степен, за да могат да прилагат съвременни методи като POCUS (ехография на терен) за бързо откриване на патология. • Спешни състояния: Интерпретация на FAST протокол (свободна течност при травма), разпознаване на пневмоторакс чрез ултразвук и диференциация на шокови състояния. 4.15. Клинична лаборатория • Значимост: Разчитането на лабораторни показатели на терен (Point-of-Care Testing) позволява на парамедика да верифицира критични диагнози и да избере правилен терапевтичен алгоритъм. • Спешни състояния: Анализ на кръвно-газов състав, проследяване на сърдечни биомаркери (Тропонин), измерване на лактат и глюкоза.		(*Critical Care Paramedic*), което е постградуално ниво. • **Клинична лаборатория / Point-of-Care Testing (кръвно-газов анализ, тропонин, лактат).** Отново - домедицинският екип в ЦСМП няма подобна апаратура, а в ДОС не следва да се залагат компетентности, които нямат материално-техническо обезпечаване в практиката. • **Опиоидни аналгетици, антиконвулсанти (бензодиазепини), антиаритмици.** Тези медикаменти са в компетентността на **лекарски** и **долекарски** екип по ДТПА, а не на домедицински екип (ДОМ). ДТПА изрично не ги разписват за ДОМ екип. Включването им в ДОС без промяна на ДТПА

				ще създаде противоречие — парамедикът ще бъде обучен за нещо, което на практика няма право да прилага.
		5. Засилване и разширяване на фармакологичната подготовка за IV квалификационна степен Настоящият проект за ДОС предвижда изключително тесен и рестриктивен обхват на медикаменти (ЕРУ 16), който не съответства на международните ALS (Advanced Life Support) протоколи и на лидерската роля на парамедика от IV степен. 5.1. Аргументация относно клиничната значимост Фармакологичната подготовка е критичният елемент, който превръща парамедика от „технически изпълнител“ в „клиничен специалист“. • Управление на ятрогенния риск: Парамедикът трябва да познава не само индикациите, но и противопоказанията и лекарствените взаимодействия. При пациенти с полиморбидност (множество заболявания), които вече приемат специфична терапия, грешният избор на медикамент на терен може да бъде фатален. • Автономност и дистанционен контрол: В условия на спешност, парамедикът често прилага терапия под дистанционен лекарски контрол. За да бъде този процес безопасен, той трябва да разбира фармакокинетиката (как тялото преработва лекарството) и фармакодинамиката (как лекарството променя функциите), за да докладва адекватно ефекта от терапията. • Терапевтичен прозорец: Овладяването на болката, гърчовете и тежките алергични реакции изисква незабавна и прецизна намеса, която не може да чака пристигането на лекарски екип. 5.2. Конкретно предложение за разширяване на ЕРУ 16 Предлагаме ЕРУ 16 да не се ограничава до изброяване на няколко медикамента, а да включва системно изучаване на следните фармакологични групи:	Не се приема	**5. Предложение за разширяване на фармакологичния спектър (ЕРУ 16).** Посочените медикаменти (Naloxone, антиаритмици, кортикостероиди, бензодиазепини) **не са в компетентността на ДОМ екип** по действащите ДТПА. Methylprednisolone е в реда „ДОЛ", не „ДОМ". Amiodarone, Lidocaine — в реда „Л/РЕ". Компетентностите в ДОС не могат да надхвърлят ДТПА, понеже парамедикът впоследствие няма да има правно основание да ги прилага в практиката си.

		• Аналгетици (Опиоидни и неопиоидни): Хуманното и клинично оправдано управление на болката е задължително при тежки травми и изгаряния, за да се предотврати развитието на неврогенен шок. • Антиконвулсанти (Бензодиазепини): Критично важни за прекъсване на епилептичен статус и гърчове при деца, които водят до трайни мозъчни увреждания. • Кортикостероиди и Антихистамини: Задължително надграждане на терапията с Адреналин при анафилактичен шок и тежки астматични пристъпи. • Антиаритмични средства: За приложение при животозастрашаващи ритъмни нарушения съгласно алгоритмите за реанимация. • Антидоти и специфични антагонисти: Например Налоксон при опиоидна интоксикация – животоспасяваща интервенция в контекста на съвременната епидемиология на отравянията. • Инфузионни разтвори (Кристалоиди и колоиди): Парамедикът трябва да владее водно-електролитния мениджмънт при хиповолемия и дехидратация. VIII. Заключение Развитието на тази професия не представлява заместване на лекарската професия, а стратегическо преструктуриране на системата, насочено към повишаване на нейната устойчивост, ефективност и съответствие със съвременните международни стандарти. Настояваме за среща на живо, както и участие в работни групи, и предоставяне на допълнителна методическа подкрепа.		
2.	**Пенка Маринова, директор на ЦПО към "Агенция Здраве и грижи", гр. Враца** Предложението е постъпило в МОН вх.№ 18-90/27.02.2026 г.	С настоящото писмо бих искала да Ви уведомя за установено техническо и нормативно несъответствие в публикувания за обсъждане Държавен образователен стандарт за придобиване на квалификация по професия „Парамедик“. В текста на стандарта е посочено използването на Международната класификация на болестите – МКБ-10. Бих искала да обърна внимание, че считано от 01.01.2022 г. официално е в сила МКБ-11, което налага актуализиране на използваната класификация с оглед съответствие с действащата нормативна рамка и международните стандарти. С оглед значимостта на професията „Парамедик“ и необходимостта от актуалност на обучителната документация, моля да бъде извършена	Не се приема	Въпреки че МКБ-11 е влязла в сила като международен стандарт на СЗО от 1 януари 2022 г., към настоящия момент в България тя **не е нормативно въведена** и не се прилага като задължителна класификация (в процес на внедряване е). В

		проверка и при необходимост да се предприемат действия по коригиране на посоченото несъответствие.		практиката и в нормативните актове продължава да се използва МКБ-10. Следва да се има предвид, че посоченото понятие е включено в рамките на отрасловата професионална подготовка на професиите от професионално направление „Здравни грижи“.