

Приложение I

СТ А Н О В И Щ Е

относно планирани нормативни промени, засягащи статута, обучението и правото на практикуване на професията „Лекарски асистент“ в Република България

С настоящото становище изразяваме категорична позиция срещу административните опити за свиване, реструктуриране или механично заместване на регулираната професия „Лекарски асистент“ (ЛА) с алтернативни доболнични кадри (парамедици) или обвързването ѝ със следдипломни магистратури след сестринско образование.

Считаме, че слепото копиране на чужди здравни модели, без оглед на реалната болнична инфраструктура и кадровия дефицит в България, крие сериозен риск от колапс на спешните сектори и извънболничната помощ.

Във връзка с това настояваме професията „Лекарски асистент“ да бъде твърдо регламентирана като независима и широкопрофилна медицинска специалност с директен прием след средно образование.

Мотиви: Исторически у нас тази професия (наследник на фелдшерите) привлича висок процент мъже. Задължаването им да преминат през 4 години сестринско обучение, за да получат достъп до ЛА, ще отблъсне мъжката аудитория от здравеопазването. Директният бакалавър изгражда „универсални бойци“, способни на клинично мислене от ден първи.

Настояваме за отпадане на ограничението ЛА да работят единствено в извънболничната сфера и ЦСМП. ЛА могат и следва да заемат позиции в болничните Спешни приемни отделения (СПО), триажни зони, реанимации и терапевтични клиники под ръководството на лекар.

Мотиви: Поради острия дефицит на лекари, Спешните отделения в страната вече имат критична необходимост от ЛА. Легализирането на тяхната дейност вътре в болниците ще защити работещите в момента кадри и ще облекчи лекарите от рутинна диагностика и документация.

Настояваме за ясно нормативно разграничаване на компетенциите спрямо парамедиците. Настояваме за законова бариера, която да спре изкуственото дублиране на функции на терен.

Парамедикът трябва да се позиционира като техническо лице в Спешна помощ, оказващо първа помощ по алгоритъм и транспорт, без право на болнична дейност и диагностика.

Лекарският асистент трябва да запази пълната си клинична автономност, право на терапевтични назначения и широк спектър на работа извън линейката.

Представяме Ви следния анализ на предложението на Министерство на здравеопазването за превръщането на професията „Лекарски асистент“ в следдипломна магистратура:

В Нидерландия обучението за медицинска сестра се разделя на две основни нива (MBO и HBO), докато лекарският асистент (Physician Assistant – PA) е надграждаща професионална магистърска програма за завършили медицински специалисти. И двете професии изискват задължителна държавна регистрация по закона BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) за упражняване на дейност.

В страната съществуват две водещи квалификационни нива за сестрите:

- MBO-verpleegkundige (Ниво 4): Средно професионално обучение с продължителност между 2 и 4 години. Фокусира се върху рутинни и планируеми грижи в по-предсказуеми клинични ситуации.
- HBO-verpleegkundige (Ниво 6): Висше професионално бакалавърско образование (Bachelor of Nursing) в университет по приложни науки (Hogeschool), с продължителност 4 години (или съкратени програми за работещи в сфера). Набляга се на задълбочени клинични анализи, медицински науки и сестринско лидерство.

След завършването на MBO (Ниво 4) за медицинска сестра, обучението може да бъде продължено директно в HBO. В много университети по приложни науки се предлагат ускорени програми, при които притежателите на MBO диплома могат да вземат HBO степен за 2.5 или 3 години, вместо за стандартните 4 години.

Обучение за лекарски асистент (Physician Assistant – PA)

Професията на лекарския асистент е високоавтономна и е регламентирана с право да извършва прегледи, да поставя диагнози и да изписва лекарства съвместно с лекар.

- Изисквания за прием: Завършена бакалавърска степен в областта на здравеопазването (напр. HBO медицинска сестра, физиотерапевт и др.) и минимум 2 години клиничен опит с пациенти.
- Форма и продължителност: Дуална магистърска програма (Master of Science), която съчетава работа в болница или клиника (поне 32 часа седмично) с едnodневен присъствен учебен процес седмично в [Hogeschool Utrecht](https://www.hogeschoolutrecht.nl/) или друг акредитиран институт. Обучението трае 2 години и половина (30 месеца).

Т.е. обучението на лекарските асистенти в Нидерландия отнема не по-малко от 8,5 години!

Във Великобритания образователната система за тези две специалности също е строго регулирана, но структурата и наименованията се различават от тези в Нидерландия. Важна разлика е, че всички медицински сестри на Острова задължително трябва да имат университетско образование. Професията "Лекарски асистент" във Великобритания се нарича Physician Associate (PA) (вместо Assistant), за да се подчертае високата степен на автономност.

1. Обучение за медицинска сестра (Registered Nurse)

➤ Университетска степен (BSc Honours in Nursing): Стандартен редовен бакалавърски курс с продължителност 3 години (4 години в Шотландия). Обучението е разделено точно на 50% теоретични лекции в университета и 50% практическа клинична работа (стажове) в болници.

➤ Степенно чиракуване (Degree Apprenticeship - RNDa): Алтернативен път, при който студентите работят като здравен асистент в болница (NHS) и същевременно учат за бакалавър. Обучението отнема около 4 години, като работодателят покрива таксите, а студентите получават заплата.

Още при кандидатстването в университета трябва да бъде избран един от 4-те профила (няма общ профил, както в България):

- ✓ Сестра за възрастни (Adult Nursing)
- ✓ Детска сестра (Children's Nursing)
- ✓ Психиатрична сестра (Mental Health Nursing)
- ✓ Сестра за хора с увреждания (Learning Disability Nursing) []

2. Лекарски асистент (Physician Associate - PA)

Професията на Physician Associate във Великобритания се развива изключително динамично и е интегрирана в Националната здравна служба (NHS). Те извършват прегледи, диагностицират и съставят планове за лечение под надзора на лекар.

Ниво на образование: Обучението е следдипломно — интензивна 2-годишна магистърска степен (MSc).

➤ Изисквания за прием: Необходимо е кандидатите да притежават бакалавърска степен (първокласна или с висок успех) в сфера, свързана с бионауките или здравеопазването (напр. Биомедицина, Биология, Медицинско сестринство, Фармация, Физиотерапия).

➤ Интензивност: Програмата е изключително натоварена. За 2 години студентите преминават през над 1600 часа клинична практика в различни медицински сектори (спешна помощ, хирургия, педиатрия, обща медицина) успоредно с тежка теоретична подготовка по медицина и фармакология.

➤ Регулация: От края на 2024 г. професията официално премина под регулацията на Общия медицински съвет (GMC) във Великобритания, което изравнява стандартите им за безопасност с тези на лекарите.

Сравнителен преглед на образованието в Обединеното кралство

Критерий	Медицинска сестра	Лекарски асистент
Степен	Бакалавър	Магистър

Продължителност	3 години (или 4 години по програма чиракуване)	2 години (целогодишно и интензивно)
Входна точка	След завършено средно образование	След завършен бакалавър в научна/медицинска сфера

Т.е. обучението на един лекарски асистент във Великобритания отнема 5 или 6 години (в Шотландия)!

Българската система за обучение на медицински сестри и лекарски асистенти има съществени структурни и концептуални разлики спрямо тези в Нидерландия и Великобритания.

Основната разлика е, че в България и двете специалности са директни 4-годишни бакалавърски програми след средно образование, докато в чужбина ролята на лекарския асистент е строго следдипломна квалификация за хора с вече натрупан опит.

Ето детайлно сравнение по ключови показатели:

1. Обучение за медицински сестри (Сравнение)

В България обучението е напълно уеднаквено на национално ниво и подготвя кадри по „общ профил“, докато в чужбина има разделение по нива или ранна специализация.

➤ България: Обучението трае 4 години (240 кредита) в медицински университет или филиал. Завършва се със степен „Бакалавър“ и професионална квалификация „Медицинска сестра“. Профилът е общ, а специализацията (напр. анестезиологична, психиатрична сестра) става след дипломирането чрез курсове.

➤ Нидерландия: Има дуална система. Може да се завърши средно професионално (MBO – 3-4 г.) или висше професионално (HBO – 4 г.). Разликата в отговорностите и заплащането на двете нива е строго разграничена.

➤ Великобритания: Обучението е 3 години (ускорено и интензивно), но студентът задължително избира тесен профил още на входа (за възрастни, деца, психиатрично или за хора с увреждания). Няма „общ профил“ като у нас.

2. Обучение за лекарски асистенти (Сравнение)

Тук е най-голямата концептуална разлика. В България професията е наследник на бившите „фелдшери“ и се учи веднага след средно образование, докато на Запад това е професия за напреднали медицински кадри.

- България: Програмата е директен 4-годишен бакалавър веднага след завършване на гимназия. Студентите учат фундаментални медицински науки и клинични дисциплини паралелно, без да е необходим предходен опит в болница.
- Нидерландия & Великобритания: Няма директен прием след училище. Обучението е следдипломна магистратура (2.5 години в Нидерландия, 2 години във Великобритания).

Обобщена сравнителна таблица

<i>Професия</i>	<i>България</i>	<i>Нидерландия</i>	<i>Великобритания</i>
<i>Мед. сестра – Образователна степен</i>	Бакалавър (4 години)	МВО (колеж) или НВО (Бакалавър)	Бакалавър (3 години)
<i>Мед. сестра – Специализация</i>	След дипломирането	В зависимост от избраното ниво	Още при кандидатстването
<i>Лекарски асистент – Степен</i>	Бакалавър (4 години)	Магистър (2.5 години)	Магистър (2 години)
<i>Лекарски асистент – Изисквания</i>	Директно след средно образование	Предишен медицински бакалавър + стаж	Предишен бакалавър по бионауки/медицина
<i>Клинична практика по време на следването</i>	Интегрирана в учебните семестри	Дуална система (работа и учене едновременно)	Стриктно 50% теория и 50% практика

Ключови изводи за българската система:

- По-дълъг бакалавър за сестри: Българските сестри учат 4 години, което е с година повече от Великобритания и Нидерландия, давайки много широка теоретична база.
- Различна философия за асистентите: В България лекарският асистент се изгражда като самостоятелна единица от самото начало. Западния модел цели да вземе опитна медицинска сестра или терапевт и да я "надгради" със знания близки до тези на лекар, за да облекчи недостига на лекари.

Въпросът кой модел е по-удачен няма еднозначен отговор, тъй като всяка система е проектирана да решава специфични проблеми на местното здравеопазване. Изборът зависи от това дали се оценява от гледна точка на бързина за попълване на кадри, качество на грижата или кариерно развитие.

Предлагаме анализ на предимствата и недостатъците на двата модела (българския и западния), който показва в кои ситуации кой от тях е по-ефективен:

1. Лекарски асистенти:

➤ Предимства на западния модел (Следдипломна магистратура): Професионален асансьор: Дава възможност на амбициозните медицински сестри да израснат кариерно, да получат по-голяма автономност и по-високо заплащане, без да се налага да учат 6 години за лекари.

➤ Предимства на българския модел (Директен бакалавър): По-бързо създаване на нов специалист веднага след средно образование – само за 4 години

2. Медицински сестри:

➤ Предимства на българския модел (4 години, Общ профил): Българската диплома подготвя "универсален боец". Една българска сестра може да работи в хирургия, след година да се премести в педиатрия, а след това в психиатрия, тъй като има обща фундаментална подготовка.

➤ Поради 4-годишното академично обучение (което покрива и надвишава всички европейски директиви за брой часове), българските сестри се признават изключително лесно навсякъде в ЕС.

➤ Предимства на Западния модел (Ранна специализация или нива):

✓ Бърза пазарна реализация (Великобритания): Студентите учат 3 години и от ден първи се обучават *само* за детски или *само* за психиатрични сестри. Те стават тесни специалисти много бързо, но преквалификацията им в друга област по-късно е трудна и изисква ново обучение.

✓ Икономическа ефективност (Нидерландия): Разделението на МВО (практически сестри за рутинна грижа) и НВО (сестри с висше образование за комплексни случаи) позволява на болниците да оптимизират разходите си за заплати спрямо сложността на работата.

Преразпределение на труда

Ако една сестра стане лекарски асистент (ЛА), тя автоматично спира да бъде медицинска сестра на пазара на труда.

Когато в една болница има достатъчно лекарски асистенти, те поемат огромна част от документацията, рутинните прегледи, изписването на рецепти и назначенията на лекарите. Това освобождава самите лекари, които от своя страна имат повече време за комплексни решения и се намалява хаосът и административният натиск върху медицинските сестри в отделението. Работата им става по-лека и по-структурирана, което намалява текучеството.

За да не останат болниците без сестри, западната система използва регулаторни механизми (квоти):

➤ Строг подбор и квоти за магистратурата: Университетите приемат много ограничен брой студенти в магистратурата за ЛА (например едва 5-10% от работещите сестри могат да влязат годишно). Конкуренцията е огромна, което гарантира, че по-голямата част от сестрите остават на работните си места.

➤ Финансиране от работодателя: Често болницата плаща магистратурата за ЛА на своята медицинска сестра, но срещу договор, че тя ще остане да работи в същото отделение още няколко години, докато болницата намери и обучи нейния заместник-сестра.

Ефективност на посочените от Министерство на здравеопазването модели в Нидерландия и Великобритания:

В Нидерландия има сериозна кадрова криза в здравеопазването, като недостигът на персонал се определя като най-голямото предизвикателство за сектора. Прогнозите сочат, че недостигът на медицински специалисти в страната достига между 100 000 и 135 000 души, а дългосрочните анализи на ING Think предупреждават, че ако не се предприемат драстични реформи, дефицитът може да нарасне до 266 000 служители до 2035 г. Медицинските сестри са групата с най-голям числен дефицит в цялото нидерландско здравеопазване. Най-критични са секторите, свързани с грижи за възрастни хора и хора с увреждания, което е свързано с бързо застаряващото население на страната и психиатричната помощ, където са наблюдава рязък скок в търсенето на услуги, свързани с психичното здраве, причинен от социален стрес и финансови затруднения сред населението, което претоварва клиниките.

Като основни причини за кризата се посочват:

✓ Прегаряне и текучество: Поради недостига на хора, съществуващият персонал работи под екстремно натоварване. Това води до високи нива на случаите на временна нетрудоспособност и напускане на професията.

✓ Бюджетни съкращения: Правителствените решения за орязване на стотици милиони евро от здравния бюджет (включително от фондовете за обучение на медицински специалисти) предизвикаха масови протести от страна на синдикатите на лекарите и сестрите.

✓ Промени при самонаетите (ZZP-ers): От началото на 2025 г. държавата затегна контрола върху фиктивното самонаемане в сектора. Това принуди много здравни работници, които предпочитаха гъвкавостта на фрийланса, изцяло да напуснат сектора.

✓ Административна тежест: Прекомерната документация отнема ценно време, което медиците иначе биха прекарвали в директна грижа за пациентите.

За да овладее кризата, нидерландското правителство и здравните организации залагат на масова дигитализация и внедряване на изкуствен интелект (AI) за автоматично наблюдение на пациенти, с цел да се намали административната тежест наполовина. Провеждат се и активни кампании за привличане на чуждестранни медицински кадри и увеличаване на работните часове на служителите на непълно работно време.

Средната заплата е около 3 488 евро бруто на месец, като варира според опита и болницата.

Недостиг на лекарски асистенти

В Нидерландия има сериозен дефицит и на Physician Assistants (еквивалента на българските фелдшери/лекарски асистенти). Тяхната роля се разглежда като ключово "спасение" за претоварената здравна система, но местата за обучение не достигат, за да покрият нуждите на пазара.

В Нидерландия има регистрирани едва около 2465 лицензирани Physician Assistants (по данни на официалния медицински BIG-register към началото на 2026 г.). За сравнение, лекарите специалисти в страната са над 60 000.

Пазарът има спешна нужда от много повече кадри. Държавният консултативен орган по капацитета (*Capaciteitsorgaan*) официално е увеличил препоръчителния годишен прием за обучение на нови РА. Въпреки това, капацитетът на университетите е ограничен. За влизане в тази двугодишна магистърска програма се образуват огромни опашки от стотици чакащи кандидати, а обявите за работа за РА остават незапълнени с месеци.

Тъй като Нидерландия страда от огромен дефицит на общопрактикуващи лекари (над 60% от практиките са спрели приема на нови пациенти), държавата официално насърчава РА да поемат рутинната лекарска работа: диагностика, прегледи и предписване на рецепти.

От друга страна, застаряването на населението и усложнените случаи води до главоломен растеж на комплексна медицинска грижа. РА са силно търсени в спешната помощ, интензивните отделения, ортопедията, педиатрията, онкологията и грижата за възрастни хора.

Поради голямото търсене и високата отговорност, професията е много добре платена в Нидерландия. Годишната заплата за *Physician Assistant* в страната варира средно между 61 000 евро за начинаещи и над 100 000 евро за кадри с опит. И тъй като в България специалността "Лекарски асистент" (Фелдшер) се изучава по сходен начин (четиригодишен бакалавър с широка медицинска насоченост), кадрите от България са изключително ценни за нидерландския пазар, като единствената бариера пред тях не е дипломата, а езика – изисква се владение на нидерландски език на отлично професионално ниво (C1).

В заключение:

Смятаме че предложения модел на реформа би бил пагубен, както за професията „Лекарски асистент“, така и за цялата система. Ако в България се въведе този модел, в първите 1-2 години ще има трус, тъй като най-амбициозните сестри ще се преквалифицират. Освен това в България съществува специфичната културна и демографска реалност - у нас исторически и социално професиите на фелдшера и лекарския асистент привличат много по-голям процент мъже, докато медицинското сестринство остава силно феминизирано (повече от 99% от сестрите в България са жени).

Ако се приложи сляпо западният модел и затворим директния прием за ЛА, това ще доведе до сериозен сблъсък с българската реалност - младежите, които искат по-автономна медицинска професия, но нямат възможност или желание да учат 6 години за лекар, наистина

няма да запишат обучение за медицинска сестра и вероятно въобще ще бъдат загубени за системата.

Концепцията пък за замяна на лекарския асистент с парамедици в този момент е сериозна системна грешка, по следните причини:

1. Парамедикът по дефиниция (в англосаксонския модел) е специалист за доболнична помощ – неговата роля е да стабилизира пациента в линейката и да го докара до оборудвано Спешно приемно отделение (СПО). В България обаче, има критичен недостиг на лекари в самите Спешни отделения и триажни зони. В западните системи на здравеопазването все повече в тези отделения (а и не само) навлизат лекарски асистенти, които извършват клиничен преглед, интерпретират базови изследвания, назначават терапия и проследяват пациенти в залите за наблюдение. Едно заместване на ЛА с парамедици и продължаващото ограничение за ЛА да практикуват само в извънболничната помощ и ЦСМП, ще остави СПО в страната без възможност да поемат пациентопотока.

2. Българският ЛА е универсален специалист. Освен в Спешна помощ, той успешно покрива практики на общопрактикуващи лекари (ОПЛ) в отдалечени и планински райони, където лекари изобщо не стъпват; ведомствени кабинети в големи предприятия, затвори и социални домове, и хемодиализни центрове и психиатрични клиники.

Парамедикът няма ценза, образованието и законното право да извършва тази широкопрофилна дейност. Замяната на ЛА с тесен специалист (парамедик) всъщност стеснява възможностите на системата да запуща кадрови дупки.

3. Дублиране и изкуствено напрежение

Вместо да се надгражда съществуваща, работеща от десетилетия професия (бившите фелдшери/сегашни ЛА), държавата се опитва да " внесе " чужд модел, който създава правен абсурд – две професии с дублиращи се функции на терен (в линейката), но едната (ЛА) с много по-широки компетенции от другата. Това води до излишно напрежение между кадрите и обръква екипната работа.

За спецификата на България директният 4-годишен бакалавър за ЛА е незаменим стълб, особено за привличането на мъже в системата, които държат на своята клинична автономност и не искат да бъдат просто "транспортни" кадри. Всеки опит за административното им свиване в полза на парамедиците крие риск от колапс на спешните сектори.

За да се защити статутът на лекарския асистент в България е необходимо да отпадне изричната забрана за работа в болници и ограничаването на ЛА да практикуват само в извънболничната помощ и в ЦСМП (Спешна помощ). ЛА следва законно да влязат в болничните Спешни приемни отделения (СПО), реанимации, хирургични и терапевтични клиники като преки помощници на лекаря, за да извършват специфични клинични дейности под негово ръководство. Болниците имат огромен интерес от това.

Лекарските асистенти не отричат нуждата от внедряването на парамедиците в спешната помощ. В момента нашите колеги са сами на мисия, в екип единствено с шофьор. Много по функционално би било, ако екипът се състои от лекарски асистент и парамедик. Но за да се спре дублирането с новите парамедицински кадри, държавата следва ясно да разпише границата на компетенциите:

- *Парамедик:* Обучение до 3 години (висше или колеж) с фокус единствено върху първа помощ на терен, реанимационни действия по алгоритъм и транспорт. Без право на диагностика, изписване на терапия или болнична работа.

- *Лекарски асистент:* Пълна клинична компетентност за диагностика, провеждане на терапия, клинично мислене и работа в болнична среда.

УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

НА БЪЛГАРСКИЯ СЪЮЗ НА ЛЕКАРСКИТЕ АСИСТЕНТИ И ФЕЛДШЕРИТЕ