



БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
Изх. №
..... 24.04 2025 г.
УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

До
ДОЦ. Д-Р СИЛВИ КИРИЛОВ, ДМ
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПЗВАНЕТО НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

СТАНОВИЩЕ

От
БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ, с код по
БУЛСТАТ 121855943, със седалище и адрес на
управление: гр. София 1606, район „Красно село“,
ул. „Доспат“ № 2

УВАЖАЕМИ Г-Н МИНИСТЪР,

Във връзка с проведена среща на 09.04.2025г. между Министерство на здравеопазването и Български лекарски съюз относно прякото публично финансиране на дейността на лечебните заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения от медицински сестри и акушерки, и Ваше писмо с № 62-08-17/23.04.2025г., моля да имате предвид настоящото становище на Български лекарски съюз, а именно:

Настоящото становище има за цел да изложи правни, здравно-организационни и икономически съображения срещу въведеното предложение медицинските сестри и акушерките да бъдат самостоятелни изпълнители на медицинска помощ с право на пряко договаряне с НЗОК. Изложените по-долу мотиви се базират както на действащата нормативна уредба и медицинска логика, така и на анализ на възможните негативни последици от реализирането на подобна реформа.

1. Субординация в системата на здравеопазването

Организацията на здравната система в Република България се основава на ясна йерархия на отговорности и компетентности между различните медицински специалисти, като водещо място заема лекарят. Медицинските сестри и акушерките играят ключова роля в грижата за пациента, но тя е изпълнителска и подчинена на медицинските предписания, дадени от лекар, който носи правната и медицинска отговорност за процеса на лечение.

Медицинската помощ е строго регламентирана система, основана на медицински алгоритми, клинични пътеки, процедури, правила за добра медицинска практика, медицински стандарти, вътрешни правила на лечебните заведения, пр. Основен принцип е т.нар. „медицинска субординация“ – концепция, според която лекарят е ръководител на лечебния процес, а медицинските сестри и акушерки изпълняват дейности, възложени им от него, в рамките на своите компетенции.

Тази субординация не е само формална или организационна. Тя има своите функционални и правни основания. Лекарят поема правната отговорност за крайния резултат от лечението - лекарят извършва диагностичната преценка, взема решение за

нуждата от медицински интервенции, медикаменти, хоспитализация, проследяване, консултации и др. Медицинската сестра не притежава правомощия да взема самостоятелни медицински решения, включително, но не само по отношение на диагнозата, избора на терапия и нейното проследяване.

В страните в Европейския съюз и в държавите с развити здравни системи медицинските сестри не са самостоятелни изпълнители на медицинска помощ пряко финансирани с публични средства.

Системата на медицинска помощ в България и по света се базира на юридически, медицински и организационни принципи, които ясно разграничават ролята на лекаря като ръководител на диагностично-лечебния процес и ролята на медицинската сестра/акушерка като изпълнителски медицински кадър.

2. Отрицателни последици върху кадровия дефицит и системата на медицинската помощ

Предложението за въвеждане на възможност медицинските сестри и акушерки да бъдат самостоятелни изпълнители на медицинска помощ с правото на директен договор и финансиране от НЗОК представлява не просто организационна промяна, а съществено преразпределение на човешкия ресурс в здравната система, което ще има дългосрочни и трайно негативни последици върху кадровия капацитет, особено в болничната помощ.

По този начин не само не се решава натрупаният кадрови дефицит в здравната система, но и се създава допълнителен структурен дисбаланс, като фрагментира ресурсите, разрушава логиката на екипната работа и застрашава цялостната координация на медицинските грижи.

България страда от тежък и системен недостиг на медицински сестри и акушерки. Причините за това са комплексни: ниско заплащане, пренатоварване, липса на кариерно развитие и обезкуражаваща работна среда.

Създаването на възможност за самостоятелна практика пряко финансирана от НЗОК не е структурно решение – то не води до появата на нови кадри, а преразпределя и без това ограничения човешки ресурс. Така съществуващият дефицит ще бъде просто прехвърлен от едно звено в системата към друго – от болници към индивидуални практики, от държавния към частния сектор, от малките към големите населени места.

Предложението ще има силно въздействие не само върху лечебните заведения за болнична помощ, но и върху структурата и качеството на първичната и специализираната извънболнична медицинска помощ (ПИМП и СИМП).

В момента в доболничната помощ съществува относително балансирана система, в която общопрактикуващите лекари и специалистите работят съвместно с медицинските сестри в условия на ясно разграничени роли и отговорности. Създаването на паралелна мрежа от „сестрински практики“, финансирани от НЗОК, ще доведе до разпокъсване на грижата за пациента, до конкуренция между лекари и сестри за пациенти и ресурси, и до объркване на пациентите относно към кого следва да се обърнат при различни здравословни проблеми.

Особено притеснителна е възможността някои пациенти – особено уязвими групи като възрастни, хронично болни и слабо образовани – да започнат да се насочват към сестрински практики не поради медицинска целесъобразност, а поради лесен достъп или икономически причини, което крие сериозни рискове за тяхното здраве и безопасност.

Вместо да насърчава екипната медицинска работа, предлаганата мярка за пряко финансирани с публични средства ще изолира медицинските сестри и ще постави бариери между различните професионалисти, влошавайки комуникацията, съвместната работа и общата ефективност на системата.

Създаването на самостоятелни практики пряко финансирани с публични средства изисква организационна, счетоводна и управленска инфраструктура – лицензи, договори, отчетност пред НЗОК, вътрешен контрол, спазване на медицински стандарти. Въпреки това, медицинските сестри не получават образование или подготовка в сферата на медицинското управление, а системата не разполага с механизми за контрол и стандартизация на този нов тип структури.

Това поражда сериозен риск от фиктивни или неефективни практики, работещи само по документи, непрозрачно изразходване на публичен ресурс от НЗОК, липса на устойчивост и възможност много от новите практики да бъдат закрити след кратък период поради невъзможност за реално функциониране.

Самостоятелната практика, финансирана от НЗОК, ще бъде привлекателна предимно в икономически активните региони и градове с висока концентрация на население. Това ще доведе до асиметрично разпределение на сестринския ресурс, концентрирайки го в населените центрове и още повече ограничавайки достъпа до квалифицирана медицинска грижа в малките населени места и периферни райони.

Болниците в по-слабо развитите региони ще бъдат принудени да ограничат или преустановят отделни дейности поради липса на персонал, като най-засегнати ще бъдат отделенията по вътрешни болести, хирургия, педиатрия и гинекология, където акушерките и медицинските сестри играят ключова роля в дневното функциониране. Това ще увеличи натоварването на по-големите болници, ще повиши междуобластния поток от пациенти и ще влоши общата ефективност на системата.

Нещо повече — млади хора, които обмислят кариера в сестринството, ще бъдат подвеждани от предполагаемата самостоятелност и възможност за частна практика, която в практическите условия няма да бъде устойчива за повечето от тях. Това ще доведе до допълнително разочарование и отлив от професията в средносрочен план.

Истинското решение на кадровата криза не се крие в механичното създаване на повече публично финансирани структури, а в подобряване на условията на труд, възнаграждението, образованието и престижността на професията, както и в изграждането на балансирана, ефективна и интегрирана здравна система.

3. Промяна на здравната система без анализ и оценка на въздействието

Всяка съществена промяна в структурата на една обществена система с висока степен на регулация и обществена значимост, каквато е здравеопазването, следва да бъде

основана на обективен, прозрачен и многопластов анализ – икономически, правен, кадрови, организационен и най-вече – медицински и етичен.

Предложението медицинските сестри и акушерки да се превърнат в самостоятелни изпълнители на медицинска помощ, с право на пряк договор и финансиране от НЗОК, не е подкрепено с нито един официален стратегически документ, нормативна концепция, предварителна оценка на въздействието или пилотен модел.

В здравеопазването всяка промяна в структурата има ефект на домино – променя се не само пряко засегнатото звено, но и взаимодействието с останалите части на системата: болници, лични лекари, спешна помощ, аптеки, НЗОК, РЗИ и др.

Въвеждането на нов тип публично финансирани изпълнители, без ясно място в съществуващата структура, ще доведе до както до размиване на отговорностите между лекари и сестри, особено в спешни състояния, хронични болести, взаимодействие с лекарства и др., така и затруднение в отчетността пред НЗОК — как ще се контролират тези практики, по какви показатели ще оценява ефективността на тяхната дейност и как ще се гарантира устойчивостта на публичното финансиране, без да се отнемат средства от други сектори на медицинската помощ.

4. Заключение

Предложението медицинските сестри и акушерките да станат самостоятелни изпълнители на медицинска помощ с право на пряко финансиране на дейността си от НЗОК представлява нецелесъобразна, рискова и слабо обоснована намеса в системата на здравеопазването, която ще доведе до задълбочаване на кадровия дефицит, нарушаване на медицинската субординация, риск за качеството и безопасността на медицинската помощ, фрагментиране и отслабване на здравната система, опасност от неефективно разходване на публичен ресурс.

5. Устойчив подход за интегрирано участие на медицинските сестри и акушерки в системата на публично финансиране на медицинската помощ

За да се отговори адекватно на обществената потребност от по-широко участие на медицинските сестри и акушерки в системата на здравеопазването, без да се нарушават медицинската логика, йерархията на отговорностите и правните принципи, е необходимо да се приложи системно и устойчиво решение чрез нормативна промяна. Това решение следва да бъде в пълно съответствие с основополагащия принцип на субординация в медицинската практика и да не допуска директно финансиране на индивидуалните или групови практики на медицински сестри и акушерки от НЗОК.

Съществуващото предложение за директно финансиране на амбулатории за здравни грижи на медицински сестри или акушерки, противоречи на утвърдената организационна логика на здравната система и създава сериозни рискове за фрагментиране на грижата, дублиране на дейности и загуба на отговорност при медицински интервенции. Вместо това, най-целенасоченият и професионално издържан подход е да се създаде нормативна възможност лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична медицинска помощ, както и болнична медицинска помощ, да осигуряват дейностите на медицинските сестри

и акушерки чрез два основни механизма: първо, чрез сключване на трудови договори с тях, и второ – чрез сключване на договори с амбулатории за здравни грижи, регистрирани от тези специалисти по реда на Закона за лечебните заведения.

Така, без да се създава нова и несъвместима категория на самостоятелни изпълнители на медицинска помощ, пряко финансирани с публични средства, медицинските сестри и акушерки ще могат да бъдат реално ангажирани в предоставянето на здравни грижи по прозрачен, регулиран и отговорен начин. В този модел се запазва субординационната структура на медицинския процес – лекарят остава този, който ръководи диагностично-лечебната дейност и носи правомощието да възлага задачи, а сестрата или акушерката – изпълнява възложените ѝ дейности в рамките на своята компетентност и под лекарско наблюдение. Това гарантира както безопасността на пациента, така и ясната отчетност пред институциите и НЗОК.

Съгласно тази концепция, публичното финансиране следва да продължи да се предоставя не на самостоятелни сестрински или акушерски практики, а на съществуващите лечебни заведения – тези, които осигуряват първичната, специализираната и болничната медицинска помощ. Те, от своя страна, следва да имат нормативно призната възможност да възлагат здравните грижи, предоставяни от медицински сестри и акушерки, било чрез трудово правоотношение, било чрез сключване на договор с регистрирана амбулатория за здравни грижи.

Такъв подход ще позволи постигането на баланс между необходимостта от по-широко включване на сестринския и акушерския ресурс и изискванията на медицинската отговорност, правната логика и бюджетната дисциплина. Ще се създаде възможност за по-гъвкави форми на работа за медицинските сестри и акушерки, включително и за развитие на амбулаториите за здравни грижи като организационна форма, без това да застрашава цялостната структура и координацията в системата на здравеопазването.

Освен това, чрез този модел се осигурява устойчива отчетност пред НЗОК и обществото. Финансирането ще преминава през субекти, които носят пълна отговорност за качеството на медицинската помощ – лечебните заведения, а не през нови, автономни структури без ясно дефинирани механизми за контрол и санкции. Това ще защити публичния ресурс и ще гарантира равен достъп до качествени здравни грижи за всички пациенти, независимо от тяхното местоживееене.

В заключение, предложеното решение отговаря както на съвременните потребности от развитие на сестринската и акушерската професия, така и на изискванията за системност, правна устойчивост и медицинска отговорност. То не отрича нуждата от развитие на ролята на медицинските сестри и акушерки, а предлага реалистичен, регулиран и работещ модел, при който техният труд се интегрира и заплаща в здравната система без риск за нейната цялост и ефективност.

С оглед на горното, предложението на Български лекарски съюз е Вие, в качеството Ви на министър на здравеопазването на Република България да предложите на Народното събрание на Република България да измени т. 3 от Решение на НС от 07.08.2024г. за предприемане на мерки и действия за подобряване осигуреността на

системата на здравеопазването на Република България с медицински сестри и акушерки, както следва:

„3. В срок до три месеца от приемането на това решение министърът на здравеопазването да предприеме необходимите действия за изменение на действащото законодателство за създаване на правна възможност Националната здравноосигурителна каса да финансира дейността на лечебни заведения, регистрирани по реда на Закона за лечебните заведения от медицински сестри и акушерки.“

гр. София
24.04.2025г.

С уважение:


ДРИВАН МАДЖАРОВ
ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС