

СПРАВКА

за отразяване на предложенията, получени в рамките на обществените консултации, по проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Гръдна хирургия“ за периода 11.11-10.12.2020 г.

№	Участник в обществените консултации	Предложения	Приема се/ Не се приема	Мотиви
1.	Български лекарски съюз (вх. № 62-08-43/ 09.12.2020 г.)	Във връзка с публикуваните за обществени консултации проекти на медицински стандарти, в УС на БЛС е постъпила информация за промени в някои медицински стандарти, които биха затруднили работата на лечебните заведения, без това да доведе до повишаване качеството на лечението на пациентите. В проекта на стандарт по Гръдна хирургия в „т.3 Изисквания при оказване на медицинска помощ по специалността „Гръдна хирургия“ в структури на лечебни заведения за болнична помощ. Нива на компетентност., 3.1.3.2. На адреса на лечебното заведение, на който се осъществява дейността по гръдна хирургия, трябва да има: 3.1.3.2.2. лаборатория по патофизиология на дишането.“ УС на БЛС предлага дейността на лабораторията по патофизиология на дишането да се допуска по договор с друго лечебно заведение. Прави впечатление, че в проектите на медицински стандарти в частта „Критерии, показатели за качество и контрол на качеството за осъществяваната медицинска дейност“, например за различните хирургични специалности, тези показатели са разработени с различна тежест по отношение на показателите, които се проследяват и контролират. В някои от проектите са посочени много повече показатели, които ще се проследяват, а в други - се ограничават до брой	Приема се по принцип. Не се приема.	В посочените точки (3.1.3.2.2) на второ и трето ниво на компетентност изискването е разписано изискване на адреса на лечебното заведение, на който се осъществява дейността по гръдна хирургия, да има лаборатория по патофизиология на дишането. Няма изрично изискване тази лаборатория да е собствена структура. Тя може да бъде осигурена и по договор с друго лечебно заведение, което функционира на същия адрес, както и да е разкрита към структура по пневмология и фтизиатрия, разположена на същия адрес. Вносителят вероятно има предвид количествените показатели за осъществяване на дейността в отделението/клиниката по хирургия от съответното ниво на компетентност, тъй като качествени показатели в медицински стандарт по Хирургия не са посочени като изискване. Количествените показатели не биха могли да се унифицират за всички

		специалисти, брой операции и т.н. Предлагаме да се унифицират изискванията в „Критерии, показатели за качество и контрол на качеството за осъществяваната медицинска дейност“, както в проекта на медицински стандарт по „Хирургия“.		специалности, дори и от един профил, какъвто е хирургичният, тъй като всяка медицинска специалност има своите специфики по отношение на трудност и сложност на осъществяваната оперативна дейност. Липсата на конкретика в предложението на БЛС също възпрепятства да се направят промени в проекта в тази насока.
2.	Национално сдружение на частните болници в България (вх. № 63-00-278/09.12.2020 г.)	Във връзка с публикуваните за обществено обсъждане Проекти на наредби за утвърждаване на 17 медицински стандарта, като изразяваме своята принципна подкрепа за въвеждане на стандарти, които да гарантират качеството на оказваната медицинска помощ, спазването на принципите на добрата медицинска практика и осигуряването на защита на правата на пациентите, изразяваме следното наше становище: Ако целта на така предлаганите стандарти е да се възстанови тяхната липса, респективно да се възстановят ефективните механизми и обективните критерии за гарантиране на качеството на оказваната медицинска помощ в обхвата на отделните медицински специалности, на спазването на принципите на добрата медицинска практика и осигуряването на защита на правата на пациентите, ние само можем да приветстваме това. Някои стъпки в тази посока действително са направени. Нееднократно повтаряното в мотивите към всеки един от проектите за стандарти просто възпроизвеждат текстовете на старите, отменени от съда, без да е променена философията на формирането им в посока превръщането им в стандарти за качество. Забравихме ли за идеята да бъдат създадени два-три стандарта за качество на медицинската дейност, на които да бъдат подчинени всички медицински специалности от различни нива, а самите те да функционират на основата на правила (алгоритми, ръководства) за добра	Не се приема.	Липсват конкретни предложения по проекта на нормативен акт.

	медицинска практика по съответната специалност? Не е ли по-добре нивата на компетентност да се определят от квалификацията на персонала, а чисто качествените параметри да се определят от и съобразно със правилата за добра медицинска практика? Дори да останат в този си вид, така предлаганите стандарти ще се нуждаят от такива правила, за да могат да изпълнят прокламираните в мотивите им качествени критерии, а не само количествени такива, заложиени в тях. Така ще стане ясно защо за съответното ниво на дадена специалност са необходими двама, а за друго трима, пет или осем специалиста, освен за да покриват графика. Ще стане ясно и защо за различните специалности и нива съотношението лекари/сестри е различно и че това не е компромис заради липсата им; защото за съответното ниво на компетентност на дадена специалност се изисква точно определено ниво на компетентност на друга специалност, играеща в случая ролята на спомагателна такава (анестезиология и интензивно лечение, образна диагностика, физикална и рехабилитационна медицина) и т.н. Иначе залагането на чисто количествени критерии по специалности и на формалното съответствие на нивата на специалностите една с друга само може да засили формализма при оценката на съответствието им за качество и да затвърди, дори да увеличи административната тежест при формирането и функционирането на структурите на лечебните заведения. Как например може да бъде обосновано условието за наличие на отделение „Анестезиология и интензивно лечение“ от III-то ниво на компетентност, за да бъде разкрито III – то ниво на компетентност на отделение по „Ортопедия и травматология“, съгласно предлагания проект, освен като чисто количествено – брой лекари, брой респиратори и т.н. дори според стария (отменен от съда) стандарт дейностите в III –то ниво компетентност		
--	---	--	--

		за „Анестезиология и интензивно лечение“ са същите като дейностите и за II – ро ниво, разликата е само в посочените бройки. В допълнение ще споменем, че предлаганият проект за стандарт по „Ортопедия и травматология“ препраща към несъществуващ и непубликуван за обществено обсъждане стандарт по „Анестезиология и интензивно лечение“. Кому е нужно това – имаме излишни респиратори на склад или безработни анестезиолози, които търсим да назначим някъде? Или тези текстове са резултат от нечий лобистки натиск, целящ да отстрани конкуренцията от медицинския пазар/ Свършено ясно е, че в днешно време медицинската ни общност е заета с други, далеч по-важни, животоспасяващи дейности и няма времето и капацитета за същински дебат по проблемите на стандартизацията в медицината, нито за реална работа по въвеждането на нови изисквания. Но и притоплянето на стари, вече отхвърлени решения, също не върши работа. Затова предлагаме истинската реформа в стандартизацията, като елемент от цялостната реформа в здравеопазването ни, да започне след като се справим с днешната криза, осмислим нейните причини и последици, поуки и решения.		
3.	Доц. д-р Л. Веселинова, д.м. Главен координатор на ЕС по ФРМ към МЗ (вх. № 61-00-183/ 10.12.2020 г.)	Обръщаме внимание и молим Вашето съдействие обнародваните за обсъждане на официалната страница на МЗ проекти на медицински стандарти по хирургия, ревматология, лицево-челюстна хирургия, детска хирургия, гръдна хирургия, ортопедия и травматология, кардиохирургия, да бъдат приведени в съответствие с медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина в касаещата я част. Независимо от депозираните досега по подобни поводи подробни становища на Асоциацията по физикална медицина и рехабилитация, както и отправения апел към главните координатори по специалности в началото на настоящия процес по актуализация на медицинските стандарти в	Приема се частично.	Не се приема по отношение на раздел I, т. 1.2. В раздел I, т. 1.2 на проекта на нормативния акт се очертава най-общо интердисциплинарната рамка на познанията, които са необходими при упражняване на дейностите по гръдна хирургия. Текстът е много общ, касае само необходимите познания и не определя по никакъв начин изискване за осъществяване на рехабилитационни грижи при пациентите по гръдна хирургия само от специалисти по гръдна хирургия. Считаме,

	РБългария по единен план, в някои от тях продължават да се предлагат текстове, неправилно интерпретиращи дейността по рехабилитация, а в тези по „Ортопедия и травматология“ и „Кардиохирургия“ директно рехабилитационните дейности от обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ се вменяват на друг медицински персонал и структура, без осигуряване на задължителния по стандарт минимум за съставяне и контрол на провеждането на рехабилитационната програма – лекар-специалист по ФРМ. Това противоречи на съществуващата нормативна база, грубо нарушава правата на лекарите-специалисти по физикална и рехабилитационна медицина и колегиалните принципи в медицината като цяло. Създават се и условия пациентите да бъдат лишени от качествена и компетентна комплексна рехабилитация по основните принципи за упражняване на специалността - ясно разписани в медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина (Наредба №30 от 2004г.). В тази връзка настояваме във всички медицински стандарти, третиращи под някаква форма дейности от обхвата на специалност Физикална и рехабилитационна медицина (т.7 от проекта за медицински стандарт по „Хирургия“; тт. 1.1.2, 1.1.3, 1.2.2. в проекта на медицински стандарт по „Ревматология“; тт. 3.1., 5.1., 3.2.1.7., VI-2., 2.3., 3. на проекта на медицински стандарт „Ортопедия и травматология“; т. 1.4.2.2.18.3. на проекта за медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“; тт.1.2., 1.2.3., т.3.4.2.1.10., 3.4.5.4.5. на проекта за медицински стандарт по „Кардиохирургия“; т.6. на проекта за медицински стандарт по „Детска хирургия“; тт. 1.2. и 5.3. от проекта за медицински стандарт по „Гръдна хирургия“) да бъде включван текст за препратка „съгл. медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина“, откъдето да е видно, че всички дейности по рехабилитационното лечение на		че съществува качествено различна, степенна разлика между „познания“, дори и те да са задълбочени, и „професионална компетентност“, каквато трябва да притежават специалистите по физикална и рехабилитационна медицина. Приема се по отношение на раздел II, т. 5.3. Предложението е отразено в раздел II, т. 5.3, като се прави препратка към медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“.
--	---	--	--

		пациентите се осъществяват по изискванията му, при задължително включване като ръководител на рехабилитационния екип на лекар специалист по ФРМ, който определя рехабилитационния потенциал, изготвя рехабилитационната програма и контролира нейното изпълнение от професионално компетентните кадри. Мултидисциплинарността и тясната интердисциплинарна колаборация на рехабилитационната медицина с останалите клинични специалности почиват на традиции, колегиалност и съответни регламенти в нашето и европейското законодателства за професионална етика и качество на лечебния процес, едни от които са именно медицинските стандарти. Нарушаването им освен правен има и морално-етичен аспект, криещ риск от нерегламентирани интердисциплинарни взаимосвързки, които несъмнено ще доведат до опорочаване на лечебния процес и на устоите на лекарската професия като цяло. Отговорността да съблюдава спазването на медицинските стандарти в практиката за недопускане на подобни прецеденти, а още по-малко за утвърждаването им е на Министерството на здравеопазването.		
4.	Доц. д-р Л. Веселинова, д.м. Главен координатор на ЕС по ФРМ към МЗ (вх. № 62-00-115/ 11.12.2020 г.) Проф. Елена Илиева, Председател на Асоциация по физикална медицина и	С настоящото Ви уведомяваме, че обнародваните за обсъждане на официалната страница на МЗ проекти на медицински стандарти по хирургия, ревматология, лицево-челюстна хирургия, детска хирургия, гръдна хирургия, ортопедия и травматология, кардиохирургия продължават да се предлагат текстове, неправилно интерпретиращи дейности по рехабилитация. В тези по „Ортопедия и травматология“ и „Кардиохирургия“ рехабилитационните дейности от обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ директно се вменяват на друг медицински персонал и структура, без осигуряване на задължителния по стандарт	Приема се по принцип.	Становищата са сходни по своето съдържание с това по т. 3. Предложението е отразено в раздел II, т. 5.3, като се прави препратка към медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“.

	рехабилитация, чрез БЛС (вх. № 62-08-47/ 16.12.2020 г.)	минимум за съставяне и контрол на провеждането на рехабилитационната програма – лекар-специалист по ФРМ. Това са персистиращи в годините въпроси, противоречащи на съществуващата нормативна база, нарушаващи правата на лекарите-специалисти по физикална и рехабилитационна медицина и колегиалните принципи в медицината като цяло. Така се създават и условия пациентите да бъдат лишени от качествена и компетентна комплексна рехабилитация по основните принципи за упражняване на специалността - ясно разписани в медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина (Наредба №30 от 2004г.). По повод на това нееднократно Асоциацията по физикална медицина и рехабилитация е депозирала официални становища и въпреки че и сега, в началото на настоящия процес по актуализация на медицинските стандарти в РБългария по единен плана се отправи апел към главните координатори по специалности дейностите по рехабилитация да се споменават с препратка към медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина това не е намерило отражение в проектите на упоменатите медицински стандарти. В тази връзка Ви уведомяваме, че сме депозирали становището си за привеждането в съответствие на касаещите медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина текстове на обявления за координация на обсъжданията (вх. №61-00-183/10.12.20г.). Мултидисциплинарността и тясната интердисциплинарна колаборация на рехабилитационната медицина с останалите клинични специалности почиват на традиции,		
--	--	--	--	--

		колегиалност и съответни регламенти в нашето и европейското законодателства за професионална етика и качество на лечебния процес, едни от които са именно медицинските стандарти. Нарушаването им освен правен има и морално-етичен аспект, криещ риск от нерегламентирани интердисциплинарни взаимодействия, които несъмнено ще доведат до опорочаване на лечебния процес и на устоите на лекарската професия като цяло. Разчитаме чрез правомощията на Българския лекарски съюз по съблюдаване на спазването на медицинските стандарти и правилата за добра практика подобни прецеденти да не се допускат, а още по-малко съществуващите да се утвърждават. Разчитаме чрез правомощията и отговорността които Министерство на здравеопазването има по съблюдаване на спазването на медицинските стандарти в практиката, подобни прецеденти да не се допускат, а още по-малко съществуващите да се утвърждават.		
5.	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (вх. № 15-00-286/ 11.12.2020 г.)	§ 1. Т. 5.1. да се допълни така: „Медицинската сестра в отделение/клиника по гръдна хирургия осъществява дейностите, определени с наредбата по чл. 7 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите, включващи: изготвяне на индивидуален план за грижи; наблюдение и регистриране на соматични показатели, общо състояние и външен вид на пациента; провеждане на лекарствена терапия, назначена от лекар; здравно обучение и възпитание на пациентите и техните семейства за правилен хранителен и двигателен режим; специални дейности	Не се приема.	В предложеното допълнение към текста на раздел II, т. 5.1 няма специфични дейности само за медицинската специалност „Гръдна хирургия“, които би следвало да бъдат изрично упоменати. Посочените дейности са общи за всички специалности и по тази причина не е целесъобразно да бъдат изброявани по две основни причини: - те са много повече в цитирания нормативен акт – наредбата по чл. 7 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-

	и грижи в предоперативния и следоперативния период.“ § 2. Т. 5.2. да се допълни така: „Операционната медицинска сестра е с професионален опит и допълнителна квалификация или придобита специалност по операционна и превързочна техника; познава хода на хирургическите интервенции, участва и асистира в подготовката и извършването на оперативната дейност; познава и изпълнява дейностите по протоколите за оперативна дейност и здравни грижи.“ § 3. Да се създаде нова т. 3.1.4.3. 1. С текст: „Броя на сестринския персонал се определя от обема и тежестта на	Не се приема. Приема се.	фармацевтите и не биха могли да се изброят изчерпателно; - включването в медицинския стандарт само на част от дейностите, присъщи на професионалната компетентност на медицинските сестри, води до непълнота и ограничение на техните функции спрямо пълния обхват на допустимите от законодателството дейности. Детайлизирането на необходимостта от допълнителна квалификация, която се придобива по начин, който е различен от придобиването на специалност по операционна и превързочна техника, ангажира съответната съсловна организация да регламентира точно какъв е начинът за придобиването ѝ, което към настоящия момент липсва и по тази причина не може да се направи препратка чрез медицинския стандарт. Изброяването на дейностите, които осъществява операционната медицинска сестра, също не е целесъобразно по вече посочените причини – съществува риск да се пропуснат част от присъщите професионални дейности, а придобитата квалификация в съответствие на програмата за обучение, на практика очертава точно обхвата на тези дейности. Целесъобразно е те да бъдат посочени изчерпателно в длъжностната характеристика. Предложението е отразено в раздел III, т. 3.Б, подт. 3.1.4.3 и т. 3.В, подт. 3.1.4.3.
--	--	--	--

	здравните грижи, които се извършват в отделението или клиниката по Методиката за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), препоръчана от Международния съвет на медицинските сестри (International Council of Nurses - ICN).“ МОТИВИ С предложенията, касаещи броя на специалистите по здравни грижи се цели осигуряването на непрекъснати качествени здравни грижи във всички структури на системата на здравеопазването. Сигурността и безопасността за пациента са пряко свързани с броя и квалификацията на специалистите по здравни грижи. Липсата на достатъчно такива специалисти, както и увеличението на тежестта и интензивността на грижите изискват приемането на регулаторни механизми, които да се базират на оценка на потребностите от грижи. Именно затова БАПЗГ настоява за изработване на методика за определяне нуждите от персонал, като се вземат предвид спецификата на дейностите, тежестта на здравните грижи и правилното им разпределение в рамките на денонощието. Такава методика, ако се приеме с консенсус ще бъде регулаторен механизъм, базиран на оценката на потребностите от грижи. Методиката ще гарантира сигурността и безопасността за пациента, както и предвидимост в работата на професионалистите по здравни грижи и планиране на персонал. Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти Методиката за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри) е разработена за текущо планиране, идентифициране на недостиг или излишък на професионалисти по здравни грижи в лечебните заведения.	Не се приема.	Относно предложената „Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти“, важно е да отбележим, че тя не би могла да бъде приета в настоящия вид, тъй като вносителят включва цялостното ѝ описание в посочените медицински стандарти (само в някои от тях), а това не е целесъобразно от гледна точка на предмета на медицинските
--	--	---------------	--

	При определяне на потребностите за основни критерии са приети броя на пациентите, времето за оказване на преки (директни) и непреки (индиректни) грижи и степента на тежест на състоянието на пациента. Методиката е лесна за прилагане и изчисляване на необходимия брой медицински сестри, като се гарантира качество, непрекъснатост и равнопоставеност на здравните грижи в рамките на денонощието. Използва се класификация, определена от Международния съвет на сестрите, която дефинира грижите като: - Директни (преки) грижи - включват: манипулации (инжекции, вливания, превръзки и сваляне на конци, проби за чувствителност на антибиотици и др.), измервания и изследвания (антропометрични измервания, измерване на жизнени показатели, ЕКГ, вземане на материали за изследвания, женска и детска консултация и др.), комуникация с пациента и неговите близки, домашни грижи (разясняване на терапия за дома например, медикаменти, които трябва да бъдат изписани от ОПЛ). - Индиректни (непреки) грижи - включват: работа с медицинска документация (попълване на документацията на пациент, архивиране и работа с архив), работа с външни звена (записване час за преглед, предоставяне на резултати от рентген, лаборатория и други, посещение в други звена, РЗИ), квалификация (време на медицинската сестра за самоподготовка, участие на медицинската сестра в продължаващо обучение), други дейности (дезинфекция и стерилизация, почивка и други прекъсвания). Към директните грижи се отнасят всички сестрински грижи, които се извършват в пряк контакт на медицинската сестра с пациент – превръзка, хранене, тоалет и други. Непреките грижи също са насочени към пациента, няма директен контакт медицинска сестра – пациент (работа с документацията на пациента, доставка на резултати от		станданти. Сочи се също, че методиката е препоръчана от Международния съвет на медицинските сестри (ICN). Намираме за обосновано БАПЗГ да разработи и приеме на национално ниво протоколи и алгоритми за дейности по здравни грижи, касаещи всеки медицински стандарт. Също така БАПЗГ следва да приеме национална методика за определяне потребностите от специалисти по здравни грижи и да я оповестят чрез страницата си в интернет като планирането трябва да позволява гъвкавост на персонала в рамките на работната смяна и да е според потребността от здравни грижи на пациентите към определен момент. Това ще даде възможност на лечебните заведения да я прилагат в зависимост от техния профил и обем на дейност.
--	---	--	---

		лаборатория, поддържане на квалификацията на медицинската сестра и други). Времето, необходимо за оказване на директни (преки) и индиректни (непреки) грижи е определено с хронометраж на дейностите за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден Директните (преки) грижи, извършвани от медицинската сестра, са дейности и грижи, извършвани при пациенти със степен на тежест на състоянието, както следва: - I степен - пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, да поддържа личната си хигиена, да се храни, да приема достатъчно количество течности, да посещава тоалетна самостоятелно, да уринира и дефекира без отклонения, да се движи сам, да поддържа правилна стойка, да провежда спокоен сън и почивка, да няма опасност от физически и/или психологически риск, да поддържа комфорта си сам, да общува, да поддържа и повишава знания и умения за поддържане на здравословното си състояние. - II степен - пациентът е ограничен, поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да поддържа лична хигиена, да се храни и да приема течности. Предвижва се с придружител, с подкрепа ползва тоалетна, съществува вероятност за физически и/или психологически риск, общува, поддържа и повишава знания и умения за запазване и възстановяване на здравословното си състояние. - III степен - пациентът е зависим, с намалена и ограничена автономност, поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъсната помощ и подкрепа при обличане и събличане, при извършване на		
--	--	--	--	--

		тоалет, при хранене и приемане на течности. Изследвания, манипулации и грижи се извършват само в лежащо положение. Съществува опасност за физически и/или психологически риск, трудно общува, има затруднения при поддържане и повишаване на знания и умения за подобряване на здравословното си състояние. - IV степен - пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснати грижи за поддържане и възстановяване на състоянието. На базата на хронометраж на дейностите, за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден, времето за оказване на преки грижи е определено както следва: - При I степен – 26 минути на пациент на ден - При II и III степен – 90 минути на ден - При IV степен – 126 минути на ден Времето, необходимо за оказване на индиректни (непреки) грижи, съобразно хронометраж на дейностите за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден, е средно 75 минути. При пациенти с I степен на тежест на състоянието (терапевтични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:5; При пациенти с II и III степен на тежест на състоянието (хирургични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:4; При пациенти с IV степен на тежест на състоянието (интензивни грижи) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:1, 1:2; База за изчисляване на необходимия брой медицински сестри/акушерки е броят на пациентите в клиниката/отделението от структурата на лечебното заведение, времето за оказване на грижи и тежестта на състоянието на пациентите. Предложените съотношения се базират на проучвания, основани на доказателства, за безопасно предоставяне на грижи (Aiken L. H „et al., 2010), но Международният		
--	--	---	--	--

		съвет на медицинските сестри (ICN) отчита, че съотношението между пациентите и броя на професионалистите по здравни грижи зависи от конкретните условия. При недостиг на медицински сестри се допуска до 30 % от необходимия човешки ресурс на професионалисти по здравни грижи да бъде зает от здравни асистенти/болногледачи с диплома за завършено професионално обучение, които да извършват базови здравни грижи, да подпомагат дейността на специалистите по здравни грижи в лечебни заведения.		
--	--	---	--	--

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър на здравеопазването

Съгласували:

д-р Ивиан Бенишев
 директор на Д „Медицински дейности“
 Христина Гетова
 директор на Д „Правна“
 Надежда Бранковска
 нач. отдел „Нормативни актове“, Д „Правна“

Изготвили:

д-р Цветолюба Генкова
 нач. отдел в Д „Медицински дейности“
 Невена Цветкова
 гл. юрисконсулт в Д „Правна“