ПРОФЕСИЯ МЕДИЦИНСКИ ФЕЛДШЕР В БЪЛГАРИЯ

Възникване и развитие до наши дни

ПЕНКА ВРАЧЕВА

ПРОФЕСИЯ МЕДИЦИНСКИ ФЕЛДШЕР В БЪЛГАРИЯ

Възникване и развитие до наши дни

Издателство:

„Съюз на учените – Стара Загора“, 2020 г.

ISBN: 978-954-9329-52-0

ПРОФЕСИЯ МЕДИЦИНСКИ ФЕЛДШЕР В БЪЛГАРИЯ

Възникване и развитие до наши дни

Пенка Врачева – автор, 2020

Рецензенти: Проф. Д-р Юлияна Маринова, дм
Доц. Д-р Боряна Парашкевова – Симеонова, дм

Редактори: Нанка Врачева; Яна Тенева

Автор корица: Емилия Ангелова

Издателство: „Съюз на учените – Стара Загора“
ISBN: 978-954-9329-52-0

Фотографиите на корицата са реалистични и представени със съгласието на снимани лица.

Фотографии от първи ред – от ляво на дясно:

Фотография 1. – Историческа снимка, предоставена от Сдружение на фелдшерите за целите на монографичния труд.

Фотография 2. – Личен архив на автора.

Фотография 3. - Превозно средство на спешна медицинска помощ - структурата, в която работят най-много фелдшери.

Фотографии от втори ред - от ляво на дясно:

Фотография 1. – Студенти - лекарски асистенти по време на обучение.

Фотография 2. – Работен момент от професионалната дейност на фелдшер.

Фотография 3. – Лекарски асистент (стажант), обработва пациент с рана.

Посвещавам

на

покойния ми свекър - Георги Врачев,

фелдшер с тридесет и три години стаж, от които

петнадесет в спешна помощ

и

всички професионалисти – фелдшери, практикували

професията в услуга на българското обществото.

Съдържание

Предисловие ……5

Глава 1 Обучението на фелдшери - първото регламентирано медицинско образование в България …… ……..7

- ❖ Образователният процес на кадрите, 1879 - 1944 г. ……7
- ❖ Фелдшерското образование след 1944 година…….....27

Глава 2 Фелдшерите в здравеопазването на България……..49

- ❖ Фелдшерите - пионери в санитарното дело през годините на създаване на обществено здравеопазване, 1878 - 1944г.....49
- ❖ Приносът на фелдшерите в здравното дело на България след Втората световна война…….....76
  - ➢ Първият период (1944 - 1950 г.)…….....76
  - ➢ Професионална дейност на медицинските фелдшери през втори и трети период в развитието на медицината и здравеопазването в България (1950 – 1989 г.)…….....81
  - ➢ Професията и дейността на кадрите във времето на здравна реформа в България …….....86
- ❖ Професионални организации на фелдшерите ……99

Глава 3 Професионална дейност и компетенции на медицинските фелдшери: актуална нормативна рамка……106

Глава 4 Практикуващите фелдшери за професията – кратък коментар на резултати от емпирично социологическо проучване на практикуващи на длъжност „фелдшер“ в област Стара Загора.....117

Глава 5 От традицията и опита към иновацията на професия „Фелдшер“ чрез реализация на Проект „Лекарски асистент“.....156

- ❖ Професионалният старт на лекарските асистенти в България……..160

Послепис…….....164
Професионална визитка на автора ……166
Използвани съкращения……..168
Библиография……...170

Предисловие

Здравеопазването е ключова сфера от обществения живот с възвишена цел - опазване и подобряване здравното състояние на населението.

Към настоящият момент динамичните промени в България разтърсват здравната ни система с много предизвикателства – непрекъснато увеличаване на финансовите разходи за здравно обслужване в съответствие с необходимостта на съвремието от практикуване на медицина основана на нови знания от биомедицински изследвания и приложение на нови технологии, организация на медицинско обслужване в отговор на изискванията на обществото за справедливост, равнопоставеност и достъп до здравни грижи в условия на непрекъснато повишаване цените на лекарствените средства и нарастващ дефицит на медицински кадри - резултат от недостатъчно ефективен кадрови мениджмънт и неудовлетвореност на професионалистите от финансовото измерение на труда им.

Важността на темата „Здравеопазване“ изисква и задължава да се търси нов мироглед или научен подход за обстоен анализ на действителността и вземане на работещи решения, гарантиращи постигане основната цел на здравеопазването, като система от националната сигурност на страната. Безспорно няма как да вървим напред и постигаме успехи, ако не се учим от уроците на историята, затова ѝ Марин Дринов казва:

„*Истинският прогрес е невъзможен, докато историята остава в мрака на забвението“.*

В този смисъл „историческият преглед не е просто романтичен поглед към миналото, а интерпретация на събития и на логика на обстоятелствата, за да се стигне до заключения важни за бъдещето“.

Надявам се, че предоставената в монографичния труд информация за професия фелдшер и практикуването на кадрите в условията на различни

предизвикателства през 140 годишен времеви период, ще има своя смисъл и принос при анализа на проблемите в здравната ни система - исторически периодично повтарящи се! Определям това, като ценно предвид утвърждаването на професията в цял свят под наименованието Phisicyan assistant и нарастващите възможности за успешна реализация на кадрите в съвремието в полза на обществото, като паралел на трудностите и непрекъснатият дебат в България за необходимостта от кадрите и съществуването на професията.

Авторът

Глава 1
Обучението на фелдшери - първото регламентирано медицинско образование в България.

❖ Образователният процес на кадрите, 1879 - 1944 г.

Историята на медицинското образование в нашата страна датира от 1879 г. По време на Руско-турската война в освободените райони на страната се организира гражданска власт. Паралелно с другите ангажименти тя поема отговорността за организиране и оказване на необходимата медицинска помощ на населението. Временното руско правителство под ръководството на княз Владимир Черкаски е натоварено с изпълнението на задачата. В деня на подписването на Санстефанския мирен договор Черкаски умира и делото е продължено от Александър Михайлович Дондуков Корсаков /1820-1893/, който остава като руски императорски комисар и главнокомандващ окупационния корпус в България. [3]

Българският лекар д-р Димитър Петров Моллов/ 1845-1914/ от гр. Елена по поръчение на княз Дондуков съставя "Временни правила за устройството на медицинското управление в България". [18]

Преценени исторически "Временните правила" са законодателен акт, който слага началото на здравеопазването" след Освобождението. [11] Влиза в сила с утвърждаването му на 1 февруари 1879 година и в три раздела урежда:

1. Правилата за медицинското управление в България;
2. Болничният устав за лечебните заведения;
3. Временни правила за устройството на аптеките в България. [23]

С изграждането на здравеопазването се утвърждават и щатни длъжности, за които са необходими медицински кадри за уреждане на бъдещото обслужване на населението.

Статистиката показва, че непосредствено след Освобождението в България има всичко 12 болници. [3] Броят на лекарите през 1879 година е 72, от които 53 българи, а останалите чужденци. [11] Медицинските кадри са крайно недостатъчни. Войната оставя бездомни десетки хиляди българи и турци, хиляди старци и вдовици. Наред с глада и нищетата епидемиите отнемат хиляди човешки животи. За периода 1878-1879 г. от глад и болести са намерили смъртта си 3 500 жени и над 7000 деца. [3] Малкият брой лекари не е в състояние да осигури необходимите, макар и елеменатри, санитарно-профилактични и лечебни дейности сред населението. Освен това, от медицински грижи се нуждае и създадената от княз Дондуков земска войска, която наброява 31 400 души. За нейното медицинско осигуряване се предвижда във всяка дружина да бъдат назначени по 1 лекар и 4-ма фелдшери.

От фактите е видно колко остра е необходимостта от незабавно решаване на основния медицински проблем, проблемът с кадрите след Освобождението. Така обстоятелствата пораждат необходимостта от откриване на фелдшерско училище.

В чл.8 на Временните правила е записано: „*На едного от членовете на Медицинския съвет се възлага управлението на фелдшерското училище, което се урежда според особенното положение да снабдява болниците и войската с фелдшери* “. [18]

Залагайки въпросът за подготовка на медицински кадри във Временните правила се вижда, че Първото регламентирано медицинско образование в България е фелдшерското и се явява като отговор на нарасналата необходимост от собствени медицински кадри във възобновената българска държава. [3]

Ролята на фелдшерите в бъдещото административно и стопанско ръководство на болниците след Освобождението е посочена във Временните правила. Ясни са и ангажиментите им в българската земска

войска, задачите им при командироване при нужда при окръжните лекари, за съдебномедицински нужди и др.

Във Велико Търново на 23 февруари 1879 год. по инициатива на генерал Гресер / Министър на вътрешните работи/ и д-р Димитър Моллов се провежда медицинско събрание. Целта е внасяне на предложения за допълване на Временните правила. На това събрание се обсъжда и фелдшерското образование в България. Ангажимента по организацията е на Медицинския съвет. При обсъждане на задачите се взема решението: „*Това управително тяло си предназначава правата да отваря фелдшерски школи и да преподава то само онези курсове, които намери за добро и нужно* “. [3]

По сведение на Г. Коцев, кореспондент на в. „България “, събранието приема и одобрява формулировката за фелдшерското образование в България без изменение и допълнение, така както е дадена във Временните правила.

Присъствалите на събранието във В. Търново наши изтъкнати медицински обществеици дават положителна оценка на грижата на княз Дондуков и усилията на д-р Моллов за създаване на собствени здравни кадри. Подготвя се разкриването на учебни заведения за обучение на фелдшери, които се устройват по руски образец. С това се поставя началото на законодателно регламенирано медицинско образование в България. Годината е 1879.

Едва през 1895 г., тоест 16 години по-късно, в София се открива Акушерско училище, а в 1900 година - сестринско.

Първите военно-фелдшерски училища (след Освобождението) се откриват в София, В. Търново и Пловдив.

Работата по откриването на училищата е под ръководството на д-р Бонев - старши военен лекар във войската. За подготовката на дружинни и ротни фелдшери, обучението в училищата се осъществява под надзора на губернските лекари: д-р Мирков за София, д-р Угрюмов за Пловдив, д-р

Швайцер за Търново. В помощ на училищната дейност на заплата във всяко от тях са назначени по двама местни лекари. От Русия се осигуряват необходимите пособия за обучението - учебници, анатомични атласи, скелети. За целта д-р Угрюмов е командирован в Москва.

В съответствие с условията и правилника на училището, първите ученици са от редовете на войската. „*Понеже не са намерени ученици от вън да посетят тези курсове, то трябва такива да се изберат между войниците, като за тая цел са избрани по-грамотни и способни между тях*“. [84]

Избирани са по 6 човека от всяка дружина. Числеността на учениците от Софийското училище е 60. Те трябва след обучението да отговорят на потребностите от фелдшери на Софийска и Видинска губернии. За Пловдивска и Сливенска губернии са подготвяни 60 ученика в Пловдивското училище. Търновска, Русенска и Варненска губернии очакват своите 85 възпитаници. [60]

Учебните занятия започват м. март и завършват м. август, а за В. Търново м. октомври 1879 г. [3, 84] Подготовката включва изучаване на предмети като: анатомия, хигиена, терапия, хирургия, фармакология, патология, рецептурна практика, военно полева практика и др. Болниците са учебно практични бази. В края на обучителният курс учениците се явяват на изпит пред санитарна комисия, която оценява знанията и уменията им. Комисията взема решение кой от преминалите курса придобива право да упражнява фелдшерската професия.

Въпреки краткия срок на обучение учениците показват удволетворяващи санитарната комисия знания.

Със завършване на курса и трите военно-фелдшерски училища са закрити. В Княжество България и Източна Румелия работа започват 150 фелдшери. [60, 84]

С *Приказ №13 от 17.08.1879 г.* военният Министър генерал Паренсов нарежда да се попълнат свободните щатове във войската с медицински фелдшери, като „всяка част да има по един старши фелдшер с 480 франка годишна заплата“.

Тази заповед поставя логичния въпрос: Откъде са тези фелдшери, за да бъдат разпределени по войсковите части още през първата половина на 1879г.?

Действително преди Заповед № 13 генерал Паренсов издава Заповед №7, с която удостоява със званието „Старши фелдшери - старши унтер-офицери, младши фелдшери - младши унтер-офицери“, а по-късно и със званието фелдшерски ученици - ефрейтори, които са завършили успешно Временното военно Софийско фелдшерско училище. [83] Приема се, че обучението в това училище започва в края на 1877 и началото на 1878 г.

„*Ето и имената на първите лястовици в пролетта на народното здраве“:*

Старши фелдшери: Христо Тодоров, Петър Петков, Беро Василев, Марко Кашенов, Сава Дамянов, Ангел Златарев и Петър Дамянов.

Младши фелдшери: Петър Николов, Панталей Димитров, Ташо Стоянов, Стойко Михайлов, Георги Манчев, Васил Николов, Вато Георгиев, Петър Кръстев, Живко Станков, Георги Вълчев, Сава Стоянов и Петко Мишев. [83]

Освен упоменатите фелдшери 19 души са удостоени със званието фелдшерски ученици, а една група от 5 човека, които са показали слаб успех в подготовката са върнати в частите им. [83]

Фактите са доказателство, че обучението на фелдшери в България датира още от края на 1877 г., а исторически материали разкриват, че „още преди Освобождението в нашата страна е имало фелдшери, завършили в Цариград и Румъния. Някои от тях като Васил Соколов, Васил Петлешков и др. са взели дейно участие в Априлското въстание 1876 г. Други, на които имената,

за съжаление остават неизвестни, са участвали в Освобождението на България“. [32]

Млади българи усвояват фелдшерската професия и в Русия, като в повечето случаи това става по официален път. Във фондовете на Окръжния исторически музей – Враца се съхранява личния архив на Драган Данов от Лютиброд (Врачанско), известен с прозвището Фелдшера. На 14-годишна възраст със съгласието на майка му, след като остава без баща, е заведен в Русия от своя покровител полоковник Сергей Степанович Канишчев. След завършване на двукласно училище в гр. Вилкомир, Драганов е записан в Новочеркаското военнофелдшерско училище, от което през 1883 г. придобива специалност младши медицински фелдшер. Завърнал се в България с препоръчително писмо от Канишчев, вече генерал-лейтенант и началник на артилерията на Донската войска, Драганов започва работа като карантинен фелдшер в с. Вакарел. Сръбско-българската война през 1885 г. го заварва на длъжност орханийски околийски фелдшер, като за участието във войната е награден с бронзов медал. Професионалната му биография непрекъснато се допълва – врачански околийски фелдшер, болничен фелдшер във Второкласната държавна болница във Враца (1889 г.), до 1893 г. болничен и аптечен фелдшер, а от март 1911 г.- околийски участъков фелдшер в Лютибродския санитарен участък. [57]

Архивните материали за Драган Данов предоставят информация за един от многото случаи на обучени извън страната фелдшери.

Историческите факти сочат Стефан Дренков като пръв фелдшер преди и след Освобождението. Той е работил дълго време в Плевенската болница. [32]

След Освобождението подготвените в първите три училища в България 150 фелдшери се оказват недостатъчни за нуждите на времето. Според доклад на Завеждащия военния отдел генерал майор Золотарев полевото медицинско управление не може да отговори на потребностите на

българската земска войска от фелдшери. Това налага необходимостта от разкриване на нови училища.

Видно е, че фелдшерското образование през този период е неразривно свързано със създаването на българската войска в новоосвободената българска държава.

Гражданската медицинска организация през 1879 г. се ръководи от първия Медицински съвет (МС), който има заслуга за откриване в София на Първото Гражданско фелдшерско училище.

МС, който ръководи здравните грижи за цивилното население изготвя Правилник за устройството на фелдшерските училища. Одобрен от министъра на ВР - Бурмов и представен от него с доклад № 2693 от 31.08.1879 г. за одобрение от Княз Александър Батемберг. С Указ №150 от 5 септември 1879 г. на Министерството на вътрешните работи, публикуван в ДВ бр. 7 от 19.09.1879 г., Правилникът, одобрен и от княза, влиза в сила и урежда устройството, вътрешния ред, програмата за обучение и щата на гражданското фелдшерско училище. [83]

Съгласно първа точка от Правилника:

„*Фелдшерското училище се учредява с цел да се подготвят опитни със знания фелдшери, които да служат както в болниците, така и във войската* “. [83]

Видно е, че се цели да бъдат подготвени не какви да е кадри, а опитни и с добри знания.

Първото гражданско училище за фелдшери се ръководи от лекар на длъжност Директор. Той бива лице избрано от Министерството на вътрешните работи, а стопанската част се възлага на икономист, който се назначава измежду опитните фелдшери. Медицинският съвет упражнява цялостен контрол върху дейността на училището. Кандидатите, бъдещи ученици, са на възраст 16-23 години. Подборът им става с изпит. / По всяка вероятност за грамотност и здравословно състояние/.

Първият випуск от 50 ученици започва обучение на 01.09.1879 г. Курсът на обучение е 3 години. [84] Обучението е безплатно. Директорът на училището е задължен да обезпечи учениците с учебни пособия, дрехи, храна и необходимите за провеждането на обучението помещения.

Програмата е по-разграничена от тази на военните курсове. По-обширна, за да могат фелдшерите да заместят лекарите, където отсъствуват. [84] Публикувана е в Държавен вестник.

В първи курс се изучават предметите български и латински език, аритметика, география, кратка българска история, кратък катехизис. От тази програма се получават общи познания и култура, такава каквато може да се получи в първоначалния и средния курс на народните училища според привременния устав от 1879 год. за същите. Тя се доближава или почти покрива на средната степен с двегодишен курс. Тук обаче е включен като крайно необходим предмет латински език, за нуждите на специалните изисквания при по-нататъшното обучение.

Във втори клас се преподават специални предмети - анатомия, хирургия с дисмургия, фармакология, медицинска полиция, хигиена, военно обучение. Програмата в трети клас е продължение и повторение на материала по хирургия и дисмургия с практически занятия при болните под ръководството на ординаторите, служба в болничните стаи под ръководството на старши фелдшери и наблюдения на лекарите, дежурства в болницата, приготвяне на лекарства в аптеките, аптечно изчисление и книговодство, патологични съдебномедицински разрязвания /аутопсии/ под ръководството на лекар, съставяне на протокол при изпълнение на други фелдшерски задачи. [83]

Точка четвърта от Правилника дава възможност в училището да учат и свободно постъпващи ученици без да плащат такса за обучението, но в замяна на това се задължават да служат в болниците една година срещу една година учение. [3]

Практическата ангажираност на обучаващите е с цел поемане на част от ангажиментите на лекарите поради тяхната недостатъчност.

В края на всяка учебна година учениците полагат изпит по всеки предмет в присъствието на членове на Медицинския съвет или на лекари, назначени от него. Съгласно чл.16 от Правилника в края на тригодишния курс на обучение в изпитната комисия са директорът, преподавателите и представител на Медицинския съвет. Най-добрите ученици, отлично представили се на изпита, са отличени с похвални листове.

Всеки завършващ получава безплатно инструментален набор и учебници, изучавани в училището. [3]

Ясно е, че медицинската литература по онова време не е достатъчна и завършващите чрез тях имат възможност да правят справки и опресняват знанията си.

Завършилите са длъжни да служат 3-4,5 години по разпределение на Медицинския съвет съгласно чл.19 [3]

След прослужване на срока в болниците на фелдшерите се дава звание „лекарски помощници" с право да практикуват малка хирургия като при това могат да бъдат и волнопрактикуващи, ако не желаят да заемат държавна служба. Това право, което им дава допълнението на правилника на училището (издадено 1881 г.), не им е позволено и игнорирано после с издаването на санитарния закон през 1888 г. Строго се „*запрещава*" упражняването на медицина.

Курсът на обучение в Гражданското фелдшерско училище, от 1879 до 1881, завършват 31 ученици. [84, 32] Това са първите квалифицирани помощници на лекаря, по време, когато нашето здравеопазване прави първите си стъпки. [32]

Завършилите фелдшери съвсем не са достатъчни за нуждите на здравеопазването по онова време. Повечето са разпределени на административна работа съгласно раздел 2 от Временните правила.

Съгласно тях управлението на второ и третостепенните болници се възлагат на окръжните лекари и фелдшери. Освен това при всяка болница се предвижда назначение на 2-ма фелдшери, а в третостепенните болници те поемат и надзирателски задължения. И въпреки това временно управляващия Министерството на вътрешните дела Д. Агура през 1882 год. закрива училището.

Гражданското фелдшерско училище минава „с целия си състав от преподаватели под ведомството на Военното министерство и се именува Софийско Военно Медицинско Фелдшерско училище". Курсът на училището остава 3 годишен. Преименуваното училище дава три випуска. Завършилите 46 души веднага са разпратени по войсковите части. С последният випуск училището е закрито. Считано е, че числото на фелдшерите в България е достатъчно и ще удволетвори нуждата на военното и гражданско ведомство. От закриването на това военно фелдшерско училище, от 1884 г. до 1888 г. не е съществувало никакво фелдшерско училище. [84]

През 1880 год. в България има два военни отдела - Западен в София и Източен във Варна. В същите градове са открити две военни училища. Приема на ученици е от редиците на постъпващите новобранци с цел попълване частите на войската с фелдшери. В програмата на обучаващите се /за разлика от тази на трите закрити през 1879 г. училища/ има нови предмети. Изучават се огнестрелни рани и се провежда военно - полева практика. Прави се опит за обучение с профилактична насоченост, предимно военна.

Курсът на обучение на тези училища трае една година. И двете са дали по два випуска фелдшери, 113 души, които са разпратени по частите на различните родове от войската. [84] С указ на Александър I, по предложение на Министъра на войната от 01.02.1883 год., са закрити.

В същия указ в т.2 се разпорежда съществуващото при Министерството на вътрешните дела фелдшерско училище да премине под ведомството на Военното министерство с остатъка от бюджета за текущата година, предназначен за издържане на училището, а т.3 въвежда одобрения военен устав и щат. [3] (има информация, че документът е съхранен в Държавен военно-историческия архив град В.Търново).

И така през 1882 г. се закриват три училища - двете военно-фелдшерски в София и Варна и софийското гражданско. Всъщност новото учебно заведение е гражданското, преминало под военното ведомство. В точка 1 на устава се казва:

„*За снабдяване частите на войската, както и за лечебните заведения с медицински фелдшери, които да са с надлежно специално образование за един помощник на доктора в София се открива Медицинско фелдшерско училище. То е под ведомството на военния министър, под прекия надзор на Върховния медицински съвет и главния лекар на войската* “. [3]

Училището се ръководи от Директор - военен лекар. Това е д-р Стефан Христов от Севлиево, завършил медицинското си образование в Букурещ. Той се ползва с права на Началник на отделна част.

Приемните изпити в училището имат за цел по-качествен подбор на кандидатите, които са на възраст 17 - 19 години. За обучение се допускат и приходящи ученици след успешно положен приемен изпит. Възпитаниците на училището са шестдесет на брой, а курса на обучение - тригодишен. Учебната програма предвижда: първи подготвителен курс, втори - специален с теоритичен материал и нагледно преподаване. През третата година на обучение се провежда практика, като учениците по специално разписание се изпращат по болниците в страната.

Успешно завършилите обучението получават званието медицински фелдшер със съответните професионални права и задължения. Постъпват на служба във войсковите части. Валидно е задължението за служба толкова

години, колкото е учил. След изтичане на срочната служба при нежалание да продължат службата си във военното ведомство, фелдшерите се зачисляват в запаса на общо основание. Поради опитността им те постъпват с предимство на работа в гражданските ведомства.

Смята се, че съществена разлика между училището под военното ведомството и гражданското не е имало. Курсът на обучение е един и същ и вероятно до подобно решение се е стигнало след анализ на подготовката на възпитаниците. И все пак учебната програма е разширена с изучаване на руски език, физика, химия и др. дисциплини. За първи път учениците се набират по собствено желание, а не от войската. Регламентът за постъпване в училището е уповестен в държавен вестник, което е прогрес в устройството и работата на училището. И въпреки добрата обща и специална подготовка на учениците, за съжаление, както и предходните, училището е закрито през 1884 год.

След Сръбско-българската война с *Указ № 16 от 1888 г.* [25] в София отново се открива фелдшерско училище. То се ръководи от търновеца д-р Сарафов, завършил медицина в Букурещ. Обучението започва на 4 април. Подготовката е двегодишна. Различието от досегашните училища е във формирането с *ПРАВИЛНИК* на два отдела - медицински и ветеринарен. [70] Обучаваните са на пълна държавна издръжка и набирани от военните части, както първите три военно-фелдшерски училища и двете от София и Варна. Подборът на бъдещите ученици в училището става по *„Програма за испитване новобранцитъ отъ частитъ на войската за постъпване въ фелдшерското училище”.* [71]

Училището е дало 3 випуска. Завършили 74 души. Те са разпратени по частите произведени в звание “ Младши унтер офицери”. [84]

Като самостоятелно училището съществува до 01.01.1889 г. и е на подчинение на Военното министерство с двата си отдела. С *Указ № 2/1889г.* на княз Фердинанд I, след цитираната дата то се закрива, присъединявайки

се с целия си състав към Военното училище под наименованието „Фелдшерско отделение “. [26]

Д-р Сарафов става завеждащ учебната част на Фелдшерсия отдел на Военното училище.

На 30.12.1891 г. с *Указ 179* по предложение на военния министър, фелдшерската рота при Военното училище се закрива, а със *Заповед №6/1892 г.* на основание на Височайшия указ 179 се заповядва: „*управляющия военното училище да се разпоръди за расформированието на фелдшерската рота”.* [27]

На 05.03.1892 г. със *Заповед № 498* на военен министър Савов се откриват санитарни дивизионни команди. Подготовката на медицински фелдшери е с нова насока. По онова време в София, Пловдив, Русе, Плевен, Враца и Сливен има дивизионни болници и към всяка от тях се формират санитарни команди.

С „*Програма за обучение на санитарнитъ команди при дивизионнитъ болници”* се цели подготовка на санитарни подофицери за войсковите части. [72]

С осеммесечна обучителна програма се подготвят и санитари. Техните задачи са свързани с грижи за болните. Те също полагат изпити, придобивайки званието „Фелдшерски ученик“. Непредставилите се добре на изпитите не получават званието. След два месеца отново полагат изпит и след повторен неуспех се връщат във войсковите части да служат като санитари в лазаретите.

Фелдшер учениците имат възможност да продължат обучението си достигайки званието „Унтер офицер “. Техните правомощия им позволяват да останат в болниците и изпълняват фелдшерски и аптекарски задачи в продължение на четири месеца. След тази четиримесечна практика се командироват във войсковите части като „Санитарен унтер офицер“. Изпълняват функциите на ротни, батарейни и ескадронни фелдшери.

За цялостната подготовка на фелдшерите през този период е отговорен Началникът на дивизионната болница. Той определял срока на обучение според програмата изготвена от Военния министър и д-р Сарафов в качеството на главен лекар на войската. [3]

Учебната програмата включва следните предмети със съответна часова натовареност: анатомия 200 часа, латински език 200 часа, превръзки 128 часа, външни болести 96, вътрешни болести 64, фелдшерски операции 69, гледане на болните 160 часа, първа помощ 96, лекарствознание 96 часа.

Липсват данни за ползвани учебници поради това, че бившите фелдшерски училища ползват такива донесени от Русия, но по всяка вероятност учениците са учили от записки, доколкото са могли да водят такива. [3]

Подготовката на санитарните команди не може да се сравни с обучението на фелдшерите. Такава е преценката и на Висшия медицински съвет. С оглед и на обстоятелството, че нуждите от кадри е сравнително задоволено, през 1900 г. министърът на войната разпорежда да бъде открита само една санитарна команда. В нея с осем месечен курс се подготвят избрани от всички дивизионни болници санитарни служители. След успешно приключване на обучението те са произведени в санитарен подофицер, оставайки на срочна служба. Това положение се запазва до 1904г.

С разкриването на санитарните участъци нуждата от фелдшери за гражданското ведомство нараства.

По инициатива на Гражданската Санитарна Дирекция се открива Гражданско фелдшерско медицинско училище – месец септември 1895 г. [84] Тринадесет години след закриване на първото през 1882 г.

Решението е одобрено с Указ 22 на Гражданската санитарна дирекция /ДВ бр.207/.

Създава се устав на училището и съгласно чл.1 целта на новото учебно заведение е да осигури необходимите за страната фелдшери.

Основател на училището е д-р Марин Русев от Търново - възпитаник на женевската медицинска школа. След дипломирането си като лекар през 1890 год. се връща в Търново, където работи като ординатор в градската болница. Член е на 6-ти и 7-ми Медицински съвет и поддиректор на Гражданската санитарна дирекция.

Във второто гражданско фелдшерско училище се приемат български граждани на възраст 17 - 19 год., завършили най-малко четвърти клас на гимназиите.

Учениците са на пълна държавна издръжка и живеят на пансион в училището. Курсът на обучение е две години. [84]

Подготвителният курс е премахнат поради наличния по-висок първоначален образователен ценз на учениците, които от самото начало посещават болниците за нагледно обучение. За първи път програмата предвижда обучение по бактериология и като отделен предмет минералогия. Изучава се микроскопия, като предшествие на лабораторното обучение. Напредък в учебната програма е и предвидената двукратна практика на учениците в болниците в страната с продължителност по три месеца.

С обучението училището е продължител на постигнатото от 1882/84г., но има и нови предмети съобразени с нуждите. Учебната програма е подобрена на базата на придобития вече опит.

Завършилите обучението ученици получават свидетелство за медицински фелдшер. Първият випуск от 36 ученици завършва месец юни 1897 г. Вторият випуск от 17 души - през юни 1898 г. [84]

Приключилите обучението имат всички права на завършили средно учебно заведение. Отличниците получават привилегията да следват медицина в чужбина без да полагат конкурс с право на държавна стипендия.

Второто гражданско фелдшерско училище е закрито 1903 год. В него са обучени четири випуска медицински фелдшери. Може да се каже, че то бележи най-голям успех в обучението на кадрите до момента. По-нататъшното образование и преквалификация имат за база постигнатите в него успехи. Всъщност възможност за преквалификация имат санитарните фелдфебели. Право на това им дава чл.52 от Закона за общественото здраве от 1903 год. Тази преквалификация е наложена от обективните потребности от фелдшери за гражданското ведомство. От своя страна излезлите в запас унтер офицери „атакуват“ гражданската санитарна дирекция с искания да бъдат назначени на фелдшерски длъжности под гражданско ведомство. Дълго време получават отказ с аргумент, че нямат нужната подготовка. И все пак, във времето потребностите налагат Медицинският съвет да направи подбор съобразно образователния ценз на кадрите. Определени са две категории: първа, към която се отнасят завършилите третокласно образование и втора - всички останали. Кадрите от първа категория имат право да положат изпит (по програма на училището от 1895 г.). Успешно преминалите изпита придобиват фелдшерски правомощия. Всички лица от втора категория могат да работят като ваксинатори и санитарни пристави.

Недостиг на фелдшери отново е в основата на решението взето от Върховният медицински съвет и МВР. Със заповед 431 от 18.10.1895 г., санитарни подофицери със завършени санитарни команди преди да изслужат петгодишната си срочна служба, са назначени временно на длъжност околийски фелдшери. Условието за назначение е явяването им в период от пет години на изпит за придобиване на фелдшерска правоспособност. Решението е отменено през 1900 г., когато броят на фелдшерите нараства.

През декември 1914 г. е открито последното гражданско училище, което има за цел подготовка на кадри до попълване на вакантните места намиращи се на подчинение на ведомството на гражданската дирекция.

Обучението се осъществява по програмата на фелдшерското училище от 1895 г. с подобрения направени от Висшия медицински съвет, с оглед приключване на подготовката за срок от 1 година. По своята същност това обучение е със стойност на преквалификационен курс. Предполага се, че Първата световна война е причина училището да се закрие през 1915 г.

Паралелно с гражданското, през 1914 г. в София е открито и санитарно подофицерско училище. То има за цел да отговори на нуждите от фелдшери след Балканската, Междусъюзническата и Първа световна война.

Обучаващите се в училището редовни войници преминават едногодишен теоретичен курс на подготовка и практика за период от две години. Постъпилите за подготовка доброволци имат още една година практическо обучение.

Ограниченията наложени от Ньойския мирен договор и съкращението на армията са основание за закриването на санитарното подофицерско училище през 1915 г. По-нататъшното фелдшерско образование до 1944 год. по своята същност е преквалификация на кадрите.

Съгласно указ от 20.06.1921 г., санитарните подофицери имат възможността, след успешно полагане на изпит по програма изготвена от Върховния медицински съвет, да се квалифицират в медицински фелдшери. Право на преквалификация имат санитарни подофицери уволнени от запаса с не повече от тригодишна непрекъсната служба.

По данни на вестник „Санитарен глас” 1 162 санитарни подофицери придобиват правоспособност “фелдшер” след проверовъчен изпит проведен в първокласните държавни болници, в присъствието на комисия назначена от Министъра на Вътрешните работи и народното здраве и представител на Дирекция народно здраве. По информация на цитирания по-горе източник, само 520 санитарни подофицери от всичките 1 682 фелдшери придобиват звание без явяване на изпит. [3]

Във времето на преквалификация софийското дружество на санитарния персонал по своя инициатива организира в Александровска болница обучение на санитарни подофицери, в помощ за придобиване на фелдшерска правоспособност. Лекторите участвали в този курс по своя инициатива отпечатват и разпращат из цялата страна учебници: Вътрешни болести д-р Касяков, хирургия д-р Москов, инфекциозни болести д-р Василев, анатомия д-р Геков, физиология д-р Димитров, очни болести д-р Пашев, УНГ болеси д-р Славов, фармакология и рецептура магистър Стефанов, санитарна организация д-р Джамжиев, хигиена д-р Вълчев, гинекология д-р Николов, експеременталнa анатомия д-р Балам и др. [3]

До 9.09.1944 г. повече училища за фелдшери не се разкриват.

По сведение на Фелдшерския съюз от 1897 г. броят на медицинските фелдшери от всички фелдшерски училища в България е 422. [84] (до посочената година, без санитарните команди и обучаваните в училището през 1897 г. ученици). През 1897 г. на служба са 300 фелдшери.

Причините за намалената численост са две:

- напускане поради недостатъчно възнаграждение на труда;
- болести, от които заболяват и умират.

„*Надали би се намерило друго занятие, което да дава такъв висок % смъртност, колкото фелдшерската служба. Но в статистиката за смъртност не се казва нищо за съсловието, както и за никое друго*“. [84]

Проследявайки историята на обучението на фелдшери в периода от първите военно-фелдшерски училища открити в София, Търново и Пловдив през 1879 г. до последното закрито през 1915 год. могат да се направят следните изводи:

1. Обучението на фелдшери (като първо регламентирано медицинско образование в България съгласно Временните правила) е наложено от необходимостта от медицински кадри в първите години след

Освобождението на България и е в пряка връзка с формирането на българската войска.

2. Обучението е по руски модел и с подкрепата в първите години на временното руско управление.

3. Училищата за фелдшери многократно се закриват, но и откриват винаги, когато има остра необходимост от медицински кадри, не само за армията, но и гражданството.

4. Подготовката на фелдшери има за цел да осигури първи помощници и заместници на лекарите във всички направления на медицинската помощ. С оглед на това са правени непрекъснати опити за подобрение на образователните програми и квалификацията на кадрите.

5. Фелдшерите заедно с лекарското съсловие полагат основите на българското здравеопазване.

Обучението на фелдшерите от 1878 до 1944 г. в обобщен вид е представено в табл. 1

Таблица 1 Обучение на фелдшери от 1878 до 1944 г.

Год. на **откриване** на уч.заведение	Год. на **закриване** на уч. заведение	**град**:	**Брой** приети за обучение **лица**	Възраст или друга **характеристика на приетите** за обучение лица	**Особеностти на обучението** /програмите/
1879 год., първите военно-фелдшерски училища	**1879** г. Октомври	София Пловдив В.Търново	60 ученика; 60 ученика; 85 ученика завършили 150	Учениците - грамотни и най-будните младежи от редиците на войската.	Провеждано по руски образец
1.09.1879г. **Първо гражданско** училище	**1882г.,** минава под военното ведомство	София	50 ученика		Обучението е безплатно
1880г. Военно-фелдшерски училища	**1.02.1883 г.**	София; Варна	два випуска	Приемът е от постъпващите новобранци.	нови предмети; прави се опит за обучение с профилактична насоченост - военна
1.02.1883 г. гражданско под военното ведомство	**1884 г.**	София	60 ученика	Приемът е от лица постъпващи по собствено желание. Допускат се и приходящи, успешно положили изпит. Приемът оповестен в ДВ – прогрес в устройството и приема на ученици	Разширена учебна програма
4. 04.1888 г.	До **1.01.1889г.** съществува самостоятелно **31.12.1891г.** преминава към Военното у-ще	София	Не е открита информация	Пълна държавна издръжка на учениците набирани от военните части.	Има два отдела: медицински и ветеринарен.
5.03.1892 г. откриват се санитарни команди	Съществуват до **1900 г.**	София, Пловдив, Русе,Плевен, Враца,Сливен към дивизионните болници	Не е открита информация	Учениците от редовете на войската	Подготовката отстъпва на подготовката на фелдшерите във фелдшерските училища.
От 1900г. само една санитарна команда	**до 1904 г.**	София	Не е открита информация	Учениците от редовете на войската	Санитарната команда е към дивизионната болница
1895 г. **Второ гражданско училище**	**1903 г.**	София	Не е открита информация	Възраст на учениците 17-19 г.	Изучават се и: бактериология, микроскопия- като предшествие на микроскопското обучение.Двукратна практика в болниците по 3 месеца
Декември 1914 г. **Гражданско училище** **и санитарно подофицерско**	**И двете училища 1915 г.**	София	Не е открита информация		По програма от 1895 г. с подобрения. Обучението е преквалификация.
Преквалификация от **от 20.06.1921 г.**	**До 1944 г.**	София	1682	Санитарни под-офицери уволнени от запаса с не повече от три год. непрекъсната служба.	1162санит.подофицери полагат изпит по програма изготвена от ВМС; 520 придобиват квалификация без изпит.

❖ Фелдшерското образование след 1944 година

Начало на социалистическото здравеопазване в България се поставя с разкритото на 17.09.1944 год. Министерство на народното здраве (МНЗ) с първи министър д-р Рачо Ангелов. Пред министерството стоят много предизвикателства. Обликът на здравната система е представен от:

- недостатъчни за потребностите на населението държавни болници (с 9 468 легла) в условията на висока обща смъртност, епидемии от заразни болести при ниска санитарна култура на населението;
- недостатъчни амбулатории;
- липсваща обществена стоматологична помощ;
- отсъстващо работническо здравеопазване;
- слаба санитарно-профилактична служба;
- ограничен кадрови ресурс - висши и средни медицински кадри: 3 516 лекари, 826 фелдшери, 1070 акушерки, 372 медицински сестри общ профил в наследство. [37]

Социалистическото преустройство на здравеопазването и бързото разширяване на здравната мрежа в България изискват развитие на средното медицинско образование, в частност обучение на фелдшери.

През 1944 г. в страната има само четири учебни заведения за средни медицински кадри: три за мед. сестри - в София, Пловдив и Варна и едно за акушерки в София. Обстоятелствата и потребностите налагат откриване през 1949 год. в гр. Стара Загора на Първото гражданско училище за фелдшери след 1944 год. (първоначално открито през 1947 за обучение на медицински сестри - след това двата випуска са преместени в Пловдив).

Статия на д-р М. Христов във вестник „Здравен фронт" съобщава:

"*По решение на правителството, тази година ще бъде открит в страната институт за медицински техници/ фелдшери.*

Създаването на този нов тип здравни служители, на мястото на отиващото си вече фелдшерско съсловие, се наложи поради нуждата от един истински и цялостен помощник на лекаря в неговата работа. Този помощник на лекаря ще поеме изпълнението на голяма част от техническите му задачи и по този начин ще му даде възможност да прояви своите знания и опит във високо квалифициран лекарски труд. Медицинските техници са нужни и за завеждането на най-малките поделения към здравните служби - селските и фабрични здравни пунктове, където те ще работят под ръководството и контрола на лекаря." [85]

Водещ фактор за разкриването на учебното заведение за фелдшери в Стара Загора е първостепенната окръжна болница в града със своите професионалисти - висши и средни медицински кадри. Една добра лечебна база, подходяща за практическо обучение на бъдещите фелдшери.

В присъствието на д-р С. Аврамов от МНЗ и други ръководители на здравното дело от града и окръжния здравен отдел учебната година на първото гражданско училище за фелдшери извън София и първото след 1944 год. се открива на 10.11.1949 год. Директор е д-р Тодор Пройков Китипов. Обучението започва с 133 курсисти (42 девойки и 91 младежа).

Тържественото откриване на учебното заведение е през месец декември в присъствието на местни, окръжни ръководители, представители на МНЗ и министър Трайчо Доброславски. [3]

В старозагорският институт за медицински техници се приемат курсисти със завършено средно образование и възраст до 25 год. Право на обучение имат и изтъкнати с добрата си служебна работа хигиенисти, към които има определени изисквания посочени в правилника. Процентът на тези курсисти е ограничен.

Завършилите тригодишния курс на обучение придобиват званието медицински техник / фелдшер и се приема, че имат полувисше образование. Кадрите са с професионални права:

•да работят като помощник на лекаря в неговата лечебно-профилактична и санитарно-противоепидемична работа;

•да заместват лекаря, когато отсъства, като извършват манипулации в рамките на своята компетентност;

•да водят санитарната статистика и отчетност;

•да провеждат здравно-просветна дейност сред населението;

•да завеждат аптека, там където няма подходящо квалифицирано лице;

•да завеждат фелдшерски здравни пунктове в селата и предприятията.

След института в Стара Загора, през 1950 г. обучение на фелдшери започва във В. Търново, а през 1951 г. във Враца и Русе.

Последно военно-фелдшерско училище след 9.09.1944 год. се открива в София през 1947 год. като институт за медицински техници. Обучението в него се преустановява през 1954 год.

Подготовката на кадрите с професионална квалификация „фелдшер“ се провежда в съобразение с организацията и промените в средното медицинско образование в НР България.

С ПМС № 2389/ 28.08.1950 г. се осъществява реорганизация на средното образование в страната. Полувисшите медицински институти (учебни заведения за медицински сестри, акушерки и фелдшери) се закриват като такива и преобразуват в медицински училища. През 1951 г. е изработен общ Правилник за организация и ръководство на всички средни медицински училища, като обучението за първи път се осъществява по учебни планове и програми. Те внасят стойност, организираност и единство в работата на медицинските учебни заведения. За първи път специалната и практическа подготовка на учащите се в медицинските училища се поставя на правилни, научно-теоретически и педагогически основи, при спазване на медицинските и педагогически изисквания за седмичната натовареност на учениците. Учебните програми определят обема знания на отделните медицински профили. [1]

В съответствие с правилника (в сила от 1952 г.), одобрен от министъра на НЗСГ д-р Петър Коларов, в училищата се приемат курсисти не със средно, а след завършено най-малко деветокласно образование. С това решение се налага по-нисък образователен ценз при подбора на бъдещите кадри. [1]

Промяната изисква включване в учебните планове на общообразователна подготовка. Медицинското обучение предполага теоретична и отделни форми на практическа подготовка - учебни упражнения, учебни дежурства, а в края на учебния процес - седмици за производствена практика. Съотношението общообразователна, медицинска и практическа подготовка е 1:1,5:2.

Първите учебни планове изработени през 1951 г., по-късно незначително променени се ползват до 1955 г. Учебният процес е по подобие на съветския опит в подготовката на средни медицински кадри. [2]

Учебната часова натовареност за различните профили средни медицински кадри е различна, като за профил „фелдшер“ – най-голяма.

Таблица №2 представя броя учебни часове за различните профили средни медицински кадри съгласно учебните планове от 1955 г.

Табл. №2, брой учебни часове в абсолютни числа за общообразователна, медицинска и практическа подготовка по учебни планове от 1955 г.

Профил кадри	Срок на обуче - ние	Общообразо - вателна подготовка	Мед. подготов-ка	Практи-ческа подготовка	Учебни упражне-ния	Учебни дежурства	Производ-ствена практика
Фелдшери	**3**	**938**	**1664**	**2264**	**1018**	**490**	**756**
Акушерки	3	974	1572	2300	1054	490	756
Пом.фармац	3	938	1369	2539	1293	490	756
Мед. сестри	2	812	974	1382	518	276	588
Лаборанти	2	756	862	1550	686	276	588
Зъботехници	2	756	862	1150	686	276	588

[1, Аврамов, С.]

Реорганизацията е в отговор на новите изисквания поставени пред средното медицинско образование, но промените не се посрещат добре от учащите. Има данни, че от приетите през септември 1952 и август 1953 год. 133 курсисти в старозагорското училище завършват 109 (74 мъже и 35 жени). Останалите доброволно са напуснали учебното заведение. [3]

В учебният процес през този период има обективни и субективни слабости - нарушения на учебните програми и невинаги убедителни изменения по тях; преподаване без връзка между отделните дисциплини; голяма натовареност на учащите (редовно по 42 часа по уч. план); липсата на учебни пособия и непълноценно използване на наличните; недостатъци в материалната база на училището - недостатъчни и недобре обзаведени кабинети, лаборатории, стаи за провеждане на упражнения по общи грижи за болния.

Липсва собствен опит в учебно-възпитателния процес. Качеството в подготовката на кадрите се влияе от напрежението и късите срокове на обучение поради остра необходимост от средни медицински кадри. [1]

До 9.09.1944 г. здравната система в България разполага със 2300 средни медицински работници, а за периода 1944 - 1950 са обучени 2680 специалисти. [2]

Таблица №3 представя броя средни медицински кадри до 1944 г. по профили и обща численост по специалности след интензивна подготовка през годините - от 1951 до 1959 г.

Табл. №3 отразява броя на завършващите средни кадри на година по професионална квалификация.

Профил средни мед.кадри	Брой на кадрите до:		**Завършили кадри през годините**								Всичко кадри до 1.08. 1959 г.
	9.IX. 1944 г.	края на 1951г	52	53	54	55	56	57	58	59	
Фелдшери	**826**	**891**	**170**	**179**	**354**	**313**	**323**	**306**	**315**	**274**	**3125**
Мед.сестри	372	3282	922	925	916	982	1079	1111	698	903	10818
Акушерки	1070	1502	119	101	232	282	271	335	368	-	3210
Мед.лаборанти	375	611	205	205	170	242	266	204	151	96	2150
Пом.фармацевт	442	442	120	103	187	193	192	207	177	153	1774
Зъботехник	-	136	-	57	54	93	45	54	-	27	446

Допуснатите слабости в обучението налагат преоценка на работата в средните медицински училища, анализ и обобщение на постигнатото.

Със Заповед № 842 / 11.06.1953 г. министърът на Народното здраве и социалните грижи определя необходимите мероприятия за по-нататъшно развитие на образованието. След завършване на организационния период в изграждането и реорганизацията на средното образование основна задача е качественото подобряване на целия учебно-възпитателен процес. Постигането на целта изисква различни организационни и методични мероприятия, подобряване работата на всички участващи в процеса на подготовка на бъдещите здравни специалисти. В този смисъл за директори на училищата се назначават лекари, а за зам. директори - средни медицински работници в съответствие с профила на самото училище. Това позволява на ръководствата да са организатори и методични ръководители на цялата многообразна дейност в училището. Да увеличат научността и медицинският акцент в решаването на въпросите в учебното заведение. Организират се курсове за подготовка с цел подобряване професионалната и по-скоро педагогическа подготовка на директорите, инструкторите и

преподавателите. Утвърждава се класно-урочната система на обучение, като основна форма на преподаване. Обучението е с равномерна дневна и седмична натовареност, редовност по отношение преподаване на учебните дисциплини и спазване на учебните програми. Обемът на курсовете се редуцира от 80 - 100 в класове от 30 - 40 ученици, а групите за учебна практика - с численост 15 - 20 човека. [1]

Значително се подобрява материалната база на училищата и се осигуряват необходимите учебни пособия в резултат на годишни бюджети, които в някои години са по-големи от разходите на учебните заведения.

С указ от септември 1954 г. МС поставя по-високи изисквания към професионалното обучение и възпитание на кадрите. Вниманието се насочва към увеличаване часовете за практическо обучение за сметка на общообразователната подготовка. За да се преодолее натовареността на учащите се налага прием след завършен XI клас. През 1955 г. са изработени и одобрени паралелно планове за учащи след завършен IX и за учащи след завършен XI клас. Така се извършва плавен преход в приема, като се избягва възможността за намален брой ученици, при налагане изискването за постъпване след завършено средно образование.

Таблиците №4 и №5 предоставят информация за сроковете на обучение и разпределението на часовете между отделните форми на учебния процес за ученици с различна при приема в медицинското училище базова общообразователна подготовка.

Табл.№4 представя срока на обучение и разпределението на часовете между отделните форми на учебния процес при прием на ученици след завършен IX клас.

Профил мед. кадри	Срок на обучение	Теоретична подготовка	Учебни упражнения	Учебни дежурства	Производствена практика
Фелдшери	**3 1/2**	**2586**	**840**	**210**	**1344**
Акушерки	3 1/2	2284	1040	312	1344
Мед. сестри	2 1/2	1490	530	156	1176

Табл.№5 представя срока на обучение и разпределението на часовете между отделните форми на учебния процес при прием на ученици след завършен XI клас.

Профил мед. кадри	Срок на обучение	Теоретична подготовка	Учебни упражнения	Учебни дежурства	Производствена практика
Фелдшери	**3**	**1940**	**840**	**312**	**1008**
Акушерки	2 1/2	1484	830	312	1008
Мед. сестри	2	1202	530	140	1008

От учебната 1955/1956 г. и постепенно от 1957/1958 г. в медицинските училища се утвърждава новата системата - прием на младежи със завършено средно образование и свидетелство за зрелост. С това се преодоляват обективните трудности при овладяването на сложната специална медицинска подготовка от приетите преди това ученици от долните курсове с недостатъчна обща култура. С шест месеца се увеличава практическото обучение за разлика от това през 1950 г.

Натрупва се собствен опит в обучението на кадрите. [2] Подобряват се условията за учебна работа, провеждат се много организационни мероприятия, укрепват училищните ръководства, преработва се учебната документация (учебни планове и програми). [61]

Чрез взаимни посещения и участие в международни форуми, ползване на литература и други средства се проследява успеха в обучението и в другите социалистически страни и се споделя всичко положително, съответстващо на нашите изисквания и условия за подготовка на средни медицински кадри, включително и в подготовката на медицински фелдшери. Собственият опит в обучението на кадрите, задоволените потребности от специалисти, съпътствано с регулиране приема на обучаващите се в медицинските училища и редица други мероприятия с отношение към учебната работа - издаване на учебници, обзавеждане на лаборатории и кабинети, създаване и използване на учебни пособия, способстват за преодоляване на слабостите

в подготовката на кадрите. Качеството на обучение се повишава и с подготовката на инструкторите по практика в медицинските училища, с въвеждане на двегодишно задочно обучение, осигуряващо им добра педагогическа и специална подготовка. Инструкторите по практика са професионалисти с практически опит, назначени като учители по практика, с основно работно място в учебно-практическите бази. Базовата им специалност е в съответствие със специалността на обучаваните курсисти. Това е важно условие, което спомага за съхраняване и развитие на специфичния професионален облик на съответния профил обучавани кадри. Преподавателите периодично участват в курсове за запознаване с новостите в областта на медицинската наука, методиката на преподаване и педагогиката. Това обуславя въвеждане на нови методи в обучението - програмирано изпитване, самостоятелно разработване на теми от учащите се, активно участие в кръжочни учебни форми на работа. [61]

Подобрява се материалната база на училищата. В Хасково, където през 1958г. започва обучение на фелдшери, както във Велико Търново и Варна, се строят нови учебни сгради по места и общежития.

В тези условия на реорганизация и утвърждаване на средното медицинско образование се подготвят кадрите с професионална квалификация „фелдшер“.

Курсът на обучение е тригодишен, редовна форма. Приемът в училищата е по държавна поръчка. Подборът на кандидати за специалност „фелдшер“ се извършва съгласно обнародвана Наредба от МНЗ отдел „Подготовка на медицински кадри“ за прием на учащи се в средните медицински училища за съответна учебна година. В наредбите се посочват изисквания за: изискуемо от кандидата образование, пределно допустима възраст в момента на кандидатстване, квотен принцип по отношение приема мъже - жени кандидати и начина на формиране на състезателния бал. Тези изисквания през годините търпят промени - утвърждава се като

задължително завършено средно образование; прием мъже / жени кандидати - 50/50 (Наредба № 0-15/14.02.1974 г.); увеличава се възрастта допустима за кандидатстване. (от 25 г. през 1949 г. на 32 г. за уч.1974/75 г.) [53] Състезателният бал за класиране на кандидатите се формира от:

- общия успех от дипломата за завършено средно образование и оценките от предметите - български език, химия и биология;
- чрез състезателен изпит - писмен по биология (основи на дарвинизма); психологически изпит.

Технологията на обучение в курса за фелдшери предполага теоретична и практическа подготовка.

Теоретичната подготовка се осъществява чрез лекционна форма на обучение по задължителни учебни дисциплини:

- общообразователни - (те са различни през годините и постепенно отпадат);
- общомедицински - анатомия с хистология, физиология на човека; микробиология с вирусология; патоанатомия и патофизиология; фармакология с рецептура; клинична лаборатория с биохимия; медицинска психология; медицинска етика и деонтология; социална медицина; хигиена; медицина на бедствените ситуации;
- специални и клинични - общи и специални грижи за болния; вътрешни болести; професионални болести; анестезиология и интензивно лечение; хирургия; детски болести; акушерство и гинекология; инфекциозни болести; епидемиология; нервни болести; кожни и венерически болести; очни болести; УНГ; физиотерапия.

Лектори по учебните дисциплини са лекари и асистенти от висшите учебни заведения, практикуващи в лечебните бази, където се провежда и практическото обучение на фелдшерите.

В съответствие с организацията на учебно-възпитателния процес нивото на придобитите от курсистите знания се оценява чрез текущи изпитвания и

семестриални изпити. Преминаване в по-горен курс на обучение се допуска след успешно положени семестриални изпити за съответната учебна година по предварително определени в учебния план за профил „фелдшер“ дисциплини.

Цялостният теоретичен курс на обучение приключва с полагане на изпит пред държавна изпитна комисия. Дисциплините включени в държавните изпити са:

- Вътрешни с професионални болести и рецептура - теория и практика;
- Хирургия с анестезиология и интензивно лечение - теория и практика;
- Детски с инфекциозни болести;
- Хигиена с епидемиология

Практическото обучение на бъдещите фелдшери е поетапно и включва придобиване на знания и изграждане на практически умения за извършване на медицински манипулации. Провежда се в учебните зали за упражнения в медицинското училище и в структурите на лечебните заведения предвидени за обучение на курсисти.

Разпределението на учебния материал в програмата по учебно-производствената дейност по учебни семестри, отделения и теми е съобразено с материала по всички изучавани дисциплини. Това позволява на обучаващите се да систематизират теоретичните си знания като ги съчетаят с практическо приложение в работна обстановка и затвърдят получените през курса на обучение практически навици и дейности. Организирано по график, обучението е с определена часова натовареност.

- В учебните зали на медицинското училище, в условия близки до реалната болнична среда, със симулация и работа с манекени, обучаващите се правят първите стъпки за овладяване техниката на медицински манипулации и дейности. Работят за формиране модел на поведение, съответстващ на поведението на практикуващите професионалисти.

- Учебната/клинична практика включва - учебна работа на ротационен принцип в различни отделения в лечебните заведения. В тях курсистите от профил „фелдшер“ под ръководството и контрола на лекарите при упражненията и инструкторите по време на учебна практика, прилагат своите знания и умения в реалистична болнична среда в пряк контакт с пациента, за извършване на медицински манипулации и дейности, насочени към неговото обгрижване и лечение.
- Преддипломен стаж. Провежда се в края на курса на обучение на ротационен принцип в различни структури на здравната система. В продължение на един месец курсистите опознават структурата и работят под надзора на професионалисти в здравна служба на село.

С преддипломния стаж на практика се оценява подготовката, нагласите и модела на поведение на обучаващия се фелдшер като готовност за бъдещата му самостоятелна професионална дейност.

Задължителните учебни дисциплини и минимален задължителен хорариум, по който се извършва обучението на фелдшерите, се променят през годините на реорганизация. Те определят фелдшерите като кадри подготвени по медицински модел. Подготовката е различна от тази за медици-лекари и се осъществява в съкратени срокове.

Курсистите, завършили тригодишният курс на обучение и успешно положили държавни изпити, получават званието “медицински фелдшер” и компетентност за реализиране на цялостни грижи за пациента - профилактични, диагностични и лечебни в обем, определен от квалификационната характеристика, изготвена от учебното заведение и утвърдена от МНЗ. Съгласно разписаните в нея професионални правомощия медицинският фелдшер практикува под надзора на лекар с право и на професионална автономност.

Критерий за обема и съдържанието на учебния план, по който се обучават фелдшерите, както казва в своя статия Георги Георгиев, преподавател в медицинското училище във Враца, е не друго, а задачата, която изпълнява медицинският фелдшер в условията на участъкова служба. „*В своята работа фелдшерът е диагностик, който трябва да открива почти с голи ръце точно и своевременно начални стадии на заболявания, спешни и опасни ситуации. Той е терапевт - оказва първа медицинска помощ при полски и промишлен травматизъм, при нетърпящи отлагане кризи. Той лекува хронично болни, при липса на акушерка, той дори е длъжен да даде родилна помощ на нуждаещите се*“. [19]

Преподавателят изразява несъгласие с опитите да се подценява работата на фелдшера и свежда по неговите думи до „*диспечерска в комбинация с елементарна регистрация и санитария“*. Своето становище подкрепя с опита на добре функциониращите фелдшерски участъци, в които със своята професионална дейност фелдшерът „*се оказва най-близо до населението и е неговата връзка със специализираната медицинска болнична помощ*“.

Според Георгиев, за да изпълни своето предназначение като медицински работник, фелдшерът трябва:

- Да притежава определени морални, нравствени сили и характер;
- Достатъчна медицинска подготовка;
- Ясно определени права и задължения. [19]

Тези личностни и професионални изисквания, на които трябва да отговаря фелдшерът, са в пълно съответствие с компетенциите, посочени в квалификационната характеристика.

Реорганизациите в медицинското образование през годините определят различни наименования на учебните заведения, в които се обучават медицински фелдшери, съпроводено и с различия в образователно-квалификационната степен на кадрите. Последният прием курсисти със средно медицинско образование е през учебна 1975/1976 год. [3] С

постановление на Министерски съвет № 61/ 20.05.1975 год. средното медицинско образование прераства в полувисше. По това време в страната има 10 института – 3 в София, Пловдив, Хасково, Стара Загора, Враца, Русе, Велико Търново, Плевен и 10 филиала към тях: София МА, Ст. Димитров, Благоевград, Смолян, Кърджали, Бургас, Шумен, Разград, Сливен, Видин. Медицински фелдшери се обучават в градовете: София, Стара Загора, Велико Търново, Враца, Русе, Хасково, Бургас.

Радостта на студентите от придобиване на полувисше образование при обучение в ПМИ за периода 1976 - 1980 г. е кратка. Отново следват промени. От 1980 до 1990 г. курсисти, профил медицински фелдшер се приемат след завършено средно образование, а след тригодишен курс на обучение в институтите за подготовка на здравни кадри (ИПЗКССО) полученото образование е средно специално. Неудовлетвореност и чувство на несправедливост изпитват новозавършилите фелдшери поради факта, че същото образование придобиват и обучаваните през този период медицински сестри, постъпващи в учебното заведение след завършен десети клас. Продължителността на техния курс е две години, а учебната форма - УПК. В отговор на недоволството или поради незнайни други причини, от 1990 година отново в институтите се преминава към прием след завършено средно образование за всички специалности, а получената образователно-квалификационна степен - Полувисше медицинско образование. С такава ОКС се дипломират фелдшерите до последния прием по специалността през 1999 г. И до днес причините за „временното“, станало по-късно постоянно преустановено обучение на медицински фелдшери, са неясни. Решението е аргументирано като резултат от наложени изисквания по европейски директиви. В последствие, след отговор на европейски институции по този въпрос, аргументите се оказват не съвсем убедителни.

Таблица №6 показва различните наименования на учебните заведения и придобито от курсистите образование през съответния период на обучение.

Табл. №6, наименование на учебните заведения и образование за съответния период на обучение

Години от-до	**Наименование на учебното заведение за фелдшери**	**Образователна степен**	**Обучението е:**
1949-1950 г.	Институт за медицински техници	Полувисше обр.	Редовно след завършено средно общо образование
1951-1954 г.	Медицинско училище за фелдшери	Средно медицинско обр.	Редовно след средно
1955-1960 г.	Медицински техникум	Средно медицинско обр.	Редовно след средно
1961-1976 г.	Обединено медицинско училище	Средно медицинско обр.	Редовно след средно
1977-1980 г.	Полувисш медицински институт -ПМИ	Полувисше обр.	Редовно след средно
1980-1990 г.	Институт за подготовка на здравни кадри със средно специално образование (ИПЗКССО)	Средно специално образование	Редовно след средно
1990-1997 г.	Полувисш медицински институт -ПМИ	Полувисше обр.	Редовно след средно

Таблица №7 илюстрира продължителността на обучение на курсистите/ студенти от различните специалности от направление „Здравни грижи“ до 2000 г.

Таблица №7 продължителност на обучение по специалности

Медицинска специалност	**продължителност на обучение**
Фелдшери	**3 години**
Акушерки	2,5 - годишен курс на обучение
Рехабилитатори	2,5 - годишен курс на обучение
Ортопедични техници	2,5 - годишен курс на обучение
Медицински сестри общ профил	2 - годишен курс на обучение
Медицински сестри детски профил	2 - годишен курс на обучение
Медицински лаборанти	2 - годишен курс на обучение
Рентгенови лаборанти	2 - годишен курс на обучение
Пом.- фармацевти	2 - годишен курс на обучение
Зъботехници	2 - годишен курс на обучение
Инструктори по хранене	2 - годишен курс на обучение
Социални работници	2 - годишен курс на обучение
Масажисти	1 - годишен курс на обучение

[85]

Постоянните промени в степента на образование през годините генерират в последствие различия, изискващи от дипломиралите се с по-ниска образователна степен професионалисти непрекъснато приравняване на

степента в съответствие с промените в здравното законодателство. В този смисъл от месец август 1976 г. до декември 1978 г. в ПМИ Стара Загора се организират курсове за следдипломна квалификация на завършили преди това фелдшери и други медицински специалисти със средно медицинско образование. [3] Изпити за промяна на образователната степен се провеждат през 1992/93 г., последните - 1995/96 год. В учебните заведения в гр. Русе и гр. Велико Търново от 1976 до 1993 г. са организирани държавни преквалификационни изпити, като за посочения период в гр. Русе 782 фелдшери променят образователната си степен - от средно в полувисше медицинско образование. Във Велико Търново броят на тези професионалисти е 350. В Благоевград за 1977 г. – 117 професионалисти, 101 жени и 16 мъже. От 2003 г. до 2006 г. в гр. Русе - 3, а във Велико Търново 39 фелдшери със средно и полувисше образование, посредством индивидуално обучение, придобиват ОКС „специалист по….“. [76] Същата ОКС – „специалист по….“ получават и 32 фелдшери във Враца за периода 1998 - 1999г.

(източник: учебните заведения в посочените градове предоставили официално изискана информация)

Промяната на ОКС чрез курсове и допълнителни държавни изпити (в строго определено за целта време от учебните институции в съответствие с постановление) е въпрос на личен избор за всеки професионалист. Изборът е с отношение към придобиване на диплома с по-високо като степен образование, от което не следва различие по отношение на професионални права или трудово възнаграждение. Затова пък за практикуващите кадри има поредица неудобства - разход на време и финансови средства, психическо натоварване за полагане на нови изпити и най-вече чувство на неудовлетвореност и усещане за несправедливост. В този смисъл показателен пример са еднаквите възможности за придобиване на полувисше образование (години след полученото базово образование),

които имат медицинските сестри, завършили двегодишен курс на обучение (единадесети и дванадесети клас), учебна форма УПК и курсистите от профил фелдшер, приети по специалността по същото време след средно общо образование и тригодишен курс на медицинско обучение. Тези възможности за промени в степента на образование генерират усещане за пренебрежително отношение на държавните институции (с отношение към подготовката на медицински кадри) към професионалистите от някои специалности. В конкретния пример има различие в изискването за образователна степен при конкурсното класиране на кандидатите от двете специалности и различен хорариум в професионалното обучение. Подобна неудовлетвореност имат фелдшерите, завършили с по-ниска ОКС от колегите си дипломиращи се в следващата година, които поради съответно ПМС получават по-висока ОКС, независимо, че обучението на двата съседни по години випуска е по учебни планове с незначителни различия.

Със Закона за висше образование (ЗВО) от 1995 г. отново настъпват промени в образователно-квалификационната степен. Съгласно параграф 5 от предходните и заключителни разпоредби на закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗВО от 2007 г., лицата получили дипломи за полувисше образование, издадени от полувисши институти до влизането на този закон в сила, се ползват с права на завършили образователна степен „специалист по ....“

Придобилите образователно-квалификационна степен „специалист по ....“ съгласно параграф 32 ал. (2) и (3) от ЗИД на ЗВО, 2007 г. имат права на лица с образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър “- чл. 42 ал.1, т.1, буква „а“.

Професионалисти, които като личен избор не предприемат промени в степента на образованието си за придобиване на полувисше образование преди обнародване на ЗВО нямат възможност за продължаващо обучение по специалност с академична образователно-квалификационна степен

(Управление на здравните грижи и Здравен мениджмънт - „бакалавър“ или „магистър“).

След базовото образование с Наредба 47 от 1995 г. на фелдшерите се предоставя възможност за продължаващо обучение под формата на курсове. Участието в тях е въпрос на личен избор и отговорност за поддържане ниво на компетентност.

В годините на здравна реформа продължаващото обучение е възможност, която подпомага и обогатява професионалистите в съответствие с потребностите и ценностите на пазарната икономика. Целта на обучението е да усъвършенства професионалните знания и умения на практикуващите, в съответствие с променящите се изисквания на здравната система, в отговор на присъединяването на България към ЕС, което означава и присъединяване към Европа като зона на знанието и обучението, продължаващо през целия живот.

Формите на продължаващо обучение са разнообразни: курсове, семинари, индивидуално обучение, конференции, конгреси, симпозиуми и др. Курсовете за усъвършенстване се организират, координират и контролират от отделите за следдипломоно обучение (СДО) при ВМУ, ВМА или националните центрове и институти при МЗ. Те са тематични, по актуални проблеми в медицината и здравеопазването и въвеждане на нови методи за изследване, лечение и др. Продължителността им е до 15 дни. Обучението в тях е безплатно само за работещи в държавни здравни заведения.

Медицинските фелдшери, като професионалисти по здравни грижи, се обучават по собствено желание и доказват обучението си с удостоверение издадено от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) или структурата, която провежда обучението, подписано от съответния ректор, декан или ръководител на здравното заведение - база за СДО.

Отговорностите по организиране, провеждане, координиране и регистриране на продължаващо обучение за всички кадри от направление „Здравни грижи“ от 2005 г. са на БАПЗГ в съответствие със ЗСОМСАМС. Следдипломното обучение на фелдшерите се осъществява по наредби за придобиване на специалност в системата на здравеопазване.

От 2001 г. придобилите ОКС „бакалавър“ могат да специализират Медицинска педагогика, Социална медицина и Здравен мениджмънт съгласно Наредба 31. [44] Завършилите Медицински колеж с ОКС „специалист“ - Обществено здравеопазване.

По-големи възможности за специализация предоставя Наредба 34 от 29.12.2006 г. Тя осигурява възможност на фелдшерите за придобиване на специалност: Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене; от 2007 г. - Обществено здравеопазване, а след 2010 г. квалификация по: Психиатрични грижи; Спешна медицинска помощ и Апаратно поддържане на извънтелесно кръвообращение. [45] Право на специализация по тях имат завършилите ОКС „бакалавър“ и „професионален бакалавър“.

С Наредба 1 от 22.01.2015г. (за специализация в системата на здравеопазване) възможностите за специализация на фелдшерите са повече. [47]

Проучване, проведено в област Стара Загора (2016 г.) показва мнението на практикуващите фелдшери по въпроса за възможностите за продължаващо и следдипломно обучение.

Продължаващото обучение е определено като кампанийно, по-добре организирано за професионалисти, работещи в определени структури (в ЦСМП). Невинаги тематичните курсове, като форма на обучение, отговарят на реалните професионални потребности на кадрите с тази квалификация, предвид подготовката по медицински модел и принадлежността към направление здравни грижи. Преобладаващо е мнението, че възможностите за специализация на фелдшерите се предоставят късно. Като демотивиращи

за специализация се посочват факторите: преустановеното обучение на кадрите от 1999 г. и политиката определяща отмираща функция на професията, напредналия трудов стаж на практикуващите в момента фелдшери, нормативно липсващи изисквания за квалификация, ограничените възможности за реализация след придобиване на специалност, липсата на сигурност в условията на пазарен механизъм в здравеопазването за запазване на работното място от лицата с квалификация в условия на оптимизиране на кадровия ресурс, непроменящото се трудово възнаграждение след придобиване на специалност.

Обучението на кадрите с квалификация „фелдшер“ след 1944 г. предполага следните изводи:

1. Учебният процес се осъществява на методична основа с чести реорганизации и промени в образователно-квалификационната степен на кадрите;
2. Подобрява се както теоретичната, така и практическата подготовка в съответствие със заимстван и придобит собствен опит в обучението на специалистите;
3. Учебният план и задължителен минимален хорариум определят подготовката на кадрите по медицински модел, реализиран в кратки срокове с различия от този на лекарите;
4. Кадрите се обучават с възможност за професионална реализация в различни структури, предимно на извънболничната помощ с изпълнение на лечебно-профилактични, санитарно-противоепидемични и социално-хигиенни задачи.
5. Преустановеното базово обучение на фелдшери - с демотивиращо въздействие върху професионалистите по отношение продължаващо обучение и квалификация.
6. Възможности за следдипломно обучение и специализация фелдшерите получават при голям трудов стаж, което ограничава възможностите на

кадрите за професионална реализация, като квалифицирани със специалност професионалисти.

Таблица № 8 представя учебните заведения в България за подготовка на професионалисти от специалност медицински фелдшер, годините на откриване и закриване на обучението по този профил, общ брой обучени кадри за съответен период.

Таблица №8 Обучението на фелдшерите от 1944 г. до 1999 г. (прием последен випуск)

Год. на **откриване** на обучението	Год. на **закриване**	Обучение **в град**:	**Всичко обучени кадри:**
1947 г. последно военно-фелдшерско училище	**1954 г.**	София	Не разполагаме със информация
10.11.1949г. - Първо гражданско след 1944 г.	1997 г**.**	Стара Загора	3382
1950 г.	1999 г.	Велико Търново	2522
1951 г.	1998 г.	Враца	2391
1951 г.	1999 г.	Русе	2469
1958 г.	2002 г.	Хасково	1712
1969 г.	1993 г.	София	1052
1973 г.	1999 г.	Бургас	388
1976 г.	1993 г**.**	Благоевград	248

Посочената в таблицата информация е изискана с официални писма и е официално предоставена от учебните заведения обучавали кадри с професионална квалификация „фелдшер“. Не претендираме за пълнота на представените данни, поради обстоятелството, че архивната документация на някои учебни заведения е преместена за съхранение в други, което поражда съмнение за нейната пълнота!
(Забележка: документацията от уч. заведения във Враца и В.Търново се съхранява в гр. Русе, от Благоевград в гр. София)

Таблица № 9 отразява брой обучени медицински фелдшери и кадри от други специалности, направление „Здравни грижи“ за годините 1944; 1960; 1970; 1972.

Таблица № 9, брой обучени специалисти

Обучени средни медицински кадри:	1944 г.	1960 г.	1970 г.	1972 г.
Медицински фелдшери	**926**	**2865**	**4994**	
Медицински сестри	372	12502	25265	
Акушерки	1070	3364	5839	
Пом.-фармацевти и самаряни	442		3399	
Клинични и рентгенови лаборанти		2499	4552	
Зъботехници		578	1252	
Друг среден медицински персонал			3533	
Всички средни медицинси кадри	2810	21 808	48834	53024

[61]

Глава 2
Фелдшерите в здравеопазването на България.

❖ Фелдшерите - пионери в санитарното дело през годините на създаване на обществено здравеопазване, 1878 - 1944г.

Традиционно доказала се с натрупан практически опит в България в продължение на повече от век, професия медицински фелдшер води исторически началото и реализацията си от първите години след Руско-турската Освободителна война.

Руската обществена и земска медицина, проникваща в България след Освобождението по твърде различни пътища, става главна опора за изграждането българско здравеопазно дело и един от главните пътища, основно направление при формирането на медицинската мисъл и наука у нас. [20] През 1878 г. с помощта и участието на руската администрация в България за първи път се създава обществено здравеопазване.

Една от първите грижи на руската военна администрация е да организира здравна мрежа и медицинска помощ за населението. [7]

Официалната българска медицина се намира под влияние на руската и българското здравеопазване е със сравнително демократични позиции през първите години след Освобождението.

Фелдшерите обучени първоначално в София, Велико Търново, Пловдив, а по-късно и в учебните заведения на други градове, осъществяват своята професионална реализация във военно-санитарната служба и обществено здравеопазване на България.

Едновременно с формирането на частите на Земската войска започва и организирането на нейната медицинска служба в състава, на която са назначени фелдшери. [20]

На 09.11.1882 г. е утвърдено „Положение за медицинската и ветеринарна част във войската”, което за първи път специално и подробно

иде да уточни, конкретизира и регламентира организацията и дейността на санитарната служба във войската. През същата година са набелязани главните раздели на дейност на санитарната служба: „Личният състав на санитарните дейци, профилактичната и статистическа деятелност и санитарно-снабдителните задачи.”, в които участват и фелдшерите. [35]

В общественото здравеопазване кадрите работят като помощници на лекарите, но и самостоятелно.

Нуждата от медицински фелдшери се чувства осезаемо в нашата страна при съществуващото санитарно състояние. Тая нужда се явява толкова повече по селата, гдето бедното и неграмотно население е лишено от всякаква медицинска помощ. [84]

Действително санитарното положение в селата в първите години след Руско-турската война е тежко - блата, тиня, смрад и боклуци. Условия за развитие на болести и епидемии.

Селянинът е лишен от знания за това как да държи в порядък и чистота своето жилище. Той е лишен от познания за хигиенни правила. [84] Логично възниква въпроса: Кой би избавил селяните от невежеството по отношение на хигиената?

В първите години след Освобождението няма много интелигентни млади хора, които да постъпят в университети и станат в последствие лекари. Образовани младежи попълват открити щатове в администрацията, войската и други ведомства, макар и неотговарящи на образователния ценз. Така се създават условия за формиране на фелдшерския кадър, заместващ липсващия лекарски такъв. [9]

В първите години след Освобождението съществуващите санитарни проблеми на село не могат да се решат от лекарите поради ограничения им брой. По данни на списание „Медицинска беседа” (1894 - 1912 г.) броят на лекарите в България през първите години след Освобождението е 50 - 60. [23] Това предполага рядко посещаване на селата и то в рамките на часове -

време крайно недостатъчно за здравно просвещение и организация на санитарна дейност.

При тези обстоятелства реална се явява нуждата от фелдшера. Присъствието му на село близо до хората при така създадените условия е повече от необходимо.

Върховната медицинска власт вземайки под внимание създадената обстановка разделя административните околии на участъци. Във всяка околия се назначава „по един лекар и трима-четирима фелдшери на едно население от 40-50 хил. души. Един от фелдшерите постоянно почти се намира в канцеларията на околийския лекар, където изпълнява писмена работа, а останалите двама - в селата, на участъци. На един участъков фелдшер е възложено да подава медицинска помощ, да извършва ваксинации и реваксинации и въобще да се грижи за здравословното състояние на повече от 25-30 села”. [14]

Откликващи на потребностите на хората, фелдшерите спомагат за преодоляване на създадените по това време сред селското население нагласи за ползване услуги на врачки и баячки.

Действително, помощта, която дава фелдшера в някои случаи не е достатъчна за коренното излекуване на болния, но тя е от значение за изхода на болестта. [84]

Не по-малко важна е ролята на фелдшерите по отношение на възникващите епидемични болести. Невежото селско население няма необходимите познания за болестите, начините и средствата за прекъсване на епидемичната верига. В тези времена кметът е този, който е задължен да донася информация на околийския началник, а той съответно да командирова околийския лекар за предприемане на необходимите мерки. Така предвидената организация обаче не винаги е ефективна. Информираността на кмета по здравните проблеми е ненавременна. Самият той не бърза да уведоми надлъжните власти. В много случаи кметовете след

заминаването на лекарите от селото, при кратките им посещения, не предприемат нужните мерки по отношение на уединението на болните, както и мерки за дезинфекция на жилищата им.

Компетентността на фелдшера в този случай се явява нужна и той е лицето, което внушава на кмета опасността от болестта, или пък от своя страна изисква лекарска помощ. [84] Тоест той е лицето, което не само констатира болестта, но и влиза в ролята на деятелен агент за спирането на нейния ход.

Първоначално създадените лекарски и фелдшерски участъкови здравни служби освен лечебна реализират и профилактични дейности.

Фелдшерите „са задължени да преглеждат и въобще да бдят за чистотата на всички обществени и частни заведения, да надзират за доброкачествеността на същите и питейни източници, да вземат мерки против появяването и разпространението на епидемични болести, сифилиса и пр. Да поучават населението за начина на живот, за причините на заразните болести и средствата за предпазване от тях“. [14]

Така фелдшерът се явява първия пионер в областта на санитарната служба непосредствено след Освобождението. [9]

Не по-малка е нуждата от фелдшерите по това време и в болниците. Създадената организация предвижда „всяка главна болница да се управлява от старши лекар, който има за помощници един ординатор и трима фелдшери. В окръжните болници, окръжните лекари имат в подчинение дружинен лекар и двама фелдшери”. [60] Второстепенните болници се обслужват от околийски лекар с помощта на един, а по-рядко и на двама фелдшери. [23] Фелдшерите са първите помощници на лекарите, извършвайки следните дейности: „Снемат анамнеза от болните, пишат листове за лекарства и храната на болните, раздават лекарства, а често и сами ги приготвят, приготвят всички необходими неща за операциите на болните и извършват превръзките, грижат се за болните, за порядъка и

чистотата на болничните помещения и др. Освен това фелдшерите са задължени да помагат при извършване на разрязванията (аутопсиите), да дежурят в болниците и винаги да са готови, за да подадат помощ, било през деня или през нощта". [14]

Неравномерното разпределение на медицинските работници в градовете и селата довежда до лишаване на голяма част от населението (79,3%) от медицинска помощ. Лекари има в 74 от всичко 79 града и само в 22 от 3849 села. [7, 6]

В онези първи години след Освобождението на България фелдшерите са изключително необходими. Те са лицата осигуряващи медицинска помощ на бедното селско население, което е преобладаващото в страната. Достатъчно показателно е казаното:

„*Изхвърлете фелдшера и вий ще направите да се появят с всичка сила ония предразсъдъци и вярвания, коренът на които е вече разклатен. По-голяма част от народа ще се лиши от всякаква медицинска помощ. Той по неволя ще се принуди да поддържа старите си убеждения и никога няма да има понятие от медицински и хигиенни познания, които са му най-потребни при сегашното положение".* [84]

С основание може да се твърди че: задачата на фелдшера като обществен деятел се явява една от ония задачи, от правилното изпълнение на които зависи щастието и благоденствието на един народ. Положението на фелдшера, което заема като държавен или общински чиновник, е възникнало от самата необходимост при санитарната организация на новоосвободена България. То е продиктувано от необходимостта на времето и ще трае дотогава, докато не се изменят условията, които са го създали. [84] Фелдшерите с положителните резултати на предана служба към зараждащото се санитарно дело се утвърждават като необходим санитарен персонал във всички санитарни институции. Полезната дейност на

съсловието е оценена и призната с разкриването на специални граждански и военни фелдшерски училища. [9]

В онези години: *„Задачата на фелдшера е обширна и велика, тя се явява пред него на всяка крачка и в колибата на сиромаха, комуто той ще облекчи болките и ще разсее суеверния страх, който се е загнездил в него и в къщата на богатия, и над болния в болницата и при всички онези нещастни случаи които злата съдба и вкорененото суеверие пораждат със своя бич и тъй слабата човешка натура“. [84]*

Но положението на фелдшерите по това време е незавидно.

„Никоя друга работа не е тъй тясно свързана с опасността за съществуването на живота, както при фелдшерите, никъде толкова напрегнат извън силите и толкова малко възнаграден труд, както при него. За него собствено няма нито една минута свободно време, неговият живот, неговото време изцяло е обречено на службата, която го поглъща изцяло”. [84]

Тежкото материално положение, неблагоприятните условия на работа, неуредени професионални функции определят защитата на съсловните интереси като все по-необходима. Така през 1883 г. няколко фелдшери и помощник-аптекари създават в Александровска болница фелдшерска професионална организация с председател фелдшера Гаврил Генков и подпредседатели: Христо Димитров и В. Цветков. Фелдшерското дружество „Благодеяние“ исторически се определя като първата професионална организация на медицински работници в България. [6, 32]

„Благодеяние“ съществува до 1885 г. По-късно през 1887 г. дружеството е възстановено и утвърдено от Върховния Медицински Съвет с Писмо № 63226 от 10.12.1887 г. През 1896 г. дружеството започва да издава свой печатен орган - „Медицински фелдшер в България“. [7]

Годината 1887 се счита за рождена на дружествата и организациите на средните медицински работници в България. [7] Действително, дружество

„Благодеяние“ възниква във време, когато предизвикателствата към кадрите са много. Това обяснява факта, че от 422 фелдшери излезли от училищата в първите години на общественото здравеопазване, на държавна и общинска служба остават около 200. По данни на фелдшерския съюз 34 души са заплатили своя дълг към обществото с живота си, а другите са напуснали непоносимата служба и са потърсили други занятия за изкарване на прехраната.

Честата смяна на правителствения курс обуславя и честа смяна на ръководството на здравеопазването и неговото направление, което оказва своето влияние върху фелдшерите. През 1902 г. на общо годишно събрание се обособяват две дружества. Причина за това е конфликта между правоспособните фелдшери и удостоените от държавата (поради недостиг на кадри) с фелдшерско звание санитарни подофицери. Печатен орган на правоспособните фелдшери става списание „Медицински фелдшер“ издаван два пъти месечно, а на санитарните подофицери сп. „Фелдшер“.

През 1882 г. действащите дотогава „Временни правила” (по своята същност представляващи идентичен превод на руските санитарни закони) са допълнени с нови „Граждански медицински закони”. Следва нова смяна на правителството през 1883 год. и ръководството на здравеопазването е поето от министерството на вътрешните работи (МВР). Съставът на III-я медицински съвет приема, че „Гражданските медицински закони” не отговарят на нуждите на здравеопазването” и проектира „Санитарен закон”. По силата на този закон длъжностите „окръжни лекари” са заменени с длъжностите „околийски лекари”. Много от местата обаче са вакантни поради липса на кадри. По този повод по места на длъжност околийски лекар се назначават и фелдшери.

В развитието на българското здравеопазване може ясно да се проследи тенденцията към постепенно откъсване на официалната българска медицина от руската. През 1888 г. „Временните правила” са вече напълно

заменени от нов “Санитарен закон”, съставен от V-ти медицински съвет, вече по образец на румънските и френските медицински закони. [7]

Със Санитарния закон се установява нова структура на ръководните органи на здравеопазването. При Министерството на вътрешните работи се създава Гражданска санитарна дирекция начело с директор, която няколко пъти след това променя името си (Дирекция за опазване на общественото здраве, Дирекция на народното здраве, Главна дирекция на народното здраве) и остава ръководен орган на нашето здравеопазване до 1944 г. [7]

Председател на Медицинския съвет е самият министър на вътрешните дела. Здравните органи и учреждения са в зависимост от административната власт. Лекарите (общински, окръжни, околийски) са изпълнители на решенията на общинските кметове, окръжни и околийски началници, като ръководители на медицинската част на подведомствената им околия или град.

През този период са наложени ограничения и отнети много привилегии на населението съгласно премахнатите вече “Временни правила”. Санитарният закон значително променя размера на безплатната медицинска помощ - безплатното амбулаторно лечение и болнично обслужване при представяне на документ за бедност. Съгласно „Гражданските медицински закони” окръжният лекар може да закупува от държавните аптеки безплатни лекарства за лекуващите се в стационар. Да разпределя лекарства за селското население чрез околийските лекари или участъкови фелдшери. Но сега вече държавните разходи са прехвърлени върху общинските органи. Селските общини могат да купуват лекарства само от частните аптеки, където цените са прекомерно високи и при ограничеността на местните бюджети лекарства почти не се купуват. [7] Налага се практика: притежанието на аптека да се предава по наследство.

В руското списание „Врач” В. А. Манасейн изразява недоволство по отношение откъсването на българското здравеопазване от руската медицина.

Влошаващото се положение на българските болници и на организацията на извънболничната помощ, в много случаи отдадена в ръцете на фелдшери, поражда критика към кадрите, които през този период се ползват с неясно регламентирани права. На някои места фелдшери били назначавани на лекарски длъжности, което е повод на страниците на медицинския периодичен печат да се появят много критични изказвания към тях.

„Фелдшеризмът - писал П. Ораховац - като полузнание е анахронизъм... Фелдшеризмът е пренесен у нас наедно с руските наредби. В Русия с грамадното население, с необятни и слабо населени пространства фелдшеризмът е може би необходимо зло, от което, в скоби ще отбележим, и там искат да се отърсят, но у нас условията са други”. [23]

Безпристрастният анализ определя като причина за недобрите резултати в здравеопазването появилите се частни интереси, а не неясно регламентираните професионални права на фелдшерите. Истината е, че вместо безполезни критики към съсловието, времето изисква да се направи необходимото за по-доброто образоване на фелдшерите, предвид работата им в среда, в която често са заместували лекарите.

Във връзка с дейността на фелдшерите в предговора на книгата „Какво трябва да знаят фелдшерите” авторът Аруети казва:

„*Посветили се на фелдшерската професия, доказаха че имат влечение към санитарното дело и го показаха на дело още през първите години на Освобождението. Заместваха с достойнство липсващите лекари, през войната 1885 г. - влезоха и заживяха между народа по градове и села, а и през последните войни изпълниха с достойнство дългът си, като скромни и самоотвержени санитарни сътрудници навред почвайки от бойната*

огнева линия и постепенно по всички санитарни етапи до болниците в дълбокия тил“. [9]

През 1894 г. председател на Медицинския съвет става д-р Георги Золотович, който разработва нов, прогресивен за тогавашните условия законопроект (1897). Целта му е да създаде здравна система, независима от административните органи.

По силата на законопроекта „Санитарната дирекция” се закрива и се създава Отдел за обществено здраве с четири направления: „санитарно-домакинско, химико-фармацевтично, вакциногенно и бактериологично”. [7] Санитарни инспектори оглавяват 7 инспектората.

Законопроектът предвижда откриване на болници, приюти, родилни домове. Медицинската служба като организация придобива характер на руската земска медицина. Под нейно влияние у нас частично се осъществява идеята за изграждане на мрежа от селски здравни участъци. Първите участъци са открити през 1894 г. и в бюджета на здравното ведомство се предвижда в следващата година откриване на 5 лекарски и 20 фелдшерски длъжности за лекарски участъци и фелдшерски здравни пунктове (ФЗП). За 1897 г. броя на предвидените участъкови фелдшери нараства вече на 160, а през 1900 г. те са 300. Функциите на фелдшерския участък са определени предимно като профилактични, съгласно изработения от д-р Ораховац през 1896 г. “Правилник за участъковите фелдшери”, основан на чл.99 от “Санитарния Закон“. Правилникът е утвърден от Негово Царско Височество с Указ № 23/ 23.10.1896 г., обнародван в ДВ, бр. 250, от 13.11.1896 г. Лечебните функции на фелдшерите се свеждат до даване на първа и неотложна помощ.

Д-р Моллов отстоява идеята за откриване на колкото е възможно повече санитарни участъци, на които да се назначат лекари, а не фелдшери. В градовете първите участъци са открити през 1898 г., най-напред в София. [59]

През 1901 г. броят на лекарските участъци нараства на 13, но през 1902 г. отново са закрити. И в селата, и в гарадовете, задачите им са предимно санитарно – противоепидемични. [7]

Участъковият принцип изиграва положителна роля в развитието на нашето здравеопазване, а фелдшерите имат голям принос в обслужването на селското население...[6, 7]

По-нататъшно развитие на течението дава д-р П. Ораховац. Последовател на напредничавите традиции на руската обществена медицина, изразител на идеите на демократично настроената медицинска общественост, д-р Ораховац допринася за подобряване на организацията на здравеопазване в България. [23] През 1901 г., времето през което е директор на Санитарната дирекция, изготвя законопроект. В него има раздел за фелдшерското съсловие, с който строго се регламентира работата на кадрите. Постановява се лекарски контрол над дейността на фелдшерите.

Член 139 от Законопроекта гласи:

Медицинските фелдшери са спомагателни органи на лекарите и извършват обязаностите си според наставленията, които получават от тях . [84]

Фелдшерският съюз по това време определя този член от законопроекта като един от най-важните по отношение на регламентиране професионалните права на кадрите, но изразява несъгласие:

„Виждаме определение на думата "фелдшер" и обязаностите му. Но същевременно този член най-много ни обезсърчава; в него ний не виждаме нищо общо със задачите на фелдшерите. Спомагателен орган според постоянните наставления на лекаря, без никакъв труд може да бъде и един нищо и никакъв слуга. На фелдшера се дава докато е ученик познания върху които той може до известна степен да работи между другото и нещо самостоятелно". [84]

В тази връзка фелдшерският съюз определя за коректна следната формулировка на въпросния чл.139:

“Медицинските фелдшери са спомагатели на лекарите и практикуват медицина в кръга на своите познания”. [84]

Законопроектът на д-р П. Ораховац предвижда уреждане и на други въпроси, касаещи дейността на фелдшерите:

Чл.140 *Всеки, който притежава свидетелство, че е свършил някое фелдшерско училище в страната, или е издържал изпит за фелдшер по програма на фелдшерските училища, пред комисии, назначени от Върховния Медицински съвет, ползва се с фелдшерска правоспособност.*

За да се отстрани възможността от попълване на фелдшерското съсловие с бездарни и неспособни членове се предвижда:

1) *изпитването на кандидатите за фелдшер, несвършили редовно фелдшерско училище, да става само пред една специална комисия, назначена от Върховния Медицински съвет и*

2) всеки кандидат да държи изпит за фелдшер, да е свършил най-малко четвърти клас. [84]

В чл.143 Ораховац предлага уреждане на възнаграждението и принадлежността на фелдшерите към различни класове:

Съгласно предложението фелдшерите се делят на пет класа и получават заплата според класа, в който са произведени:

V клас 1200 лв. годишно, IV - 1500 лв., III- 1800 лв, II - 2100 и от I клас - 2400 лв. Произвеждането от клас в клас става всеки 5 години по представление на прякото началство, с приказ на отдела на НЗ. Ползват се с право на производства само тия, които служат по санитарното ведомство на Княжеството било като фелдшери, било като надзиратели на болници. Службата, която заемат фелдшери - болнични или околийски и прочие, няма значение за производството им. [84]

Някои от проектираните в законопроекта текстове не се приемат с одобрение от фелдшерския съюз предвид отнемане права или предоставяне на такива само на някои от кадрите (като околийски и участъкови фелдшери).

"Законопроектът за обществено здраве", съставен от П.Ораховац, е най-прогресивният от всички разработени в буржоазна България здравни закони. Обсъден е на 20 заседания на Медицинския съвет и на заседанията на местните клонове на Съюза на българските лекари. С някои незначителни поправки е одобрен от II-ия лекарски събор, но макар и на два пъти внесен в Народното събрание, не е разгледан. [23]

По данни на вестник "Медицински фелдшер", орган на фелдшерското съсловие през 1900 г., числото на фелдшерите по гражданското ведомство е 437, на лекарите - 149, а санитарните участъци в страната - 300. През 1900/1901 г. съгласно бюджето-проекта на МВР за 1900 г., гласуван в Народното събрание, се съкращават 100 селски санитарни участъка и 120 фелдшерски длъжности. Този факт провокира следния коментар във вестника :

„Вярваме, че това масово закриване на фелдшерски длъжности, е направено за да се добие икономия в разходния бюджет, поради лошото финансово положение в което е поставена държавата, понеже нашия селянин, който до сега твърде малко се ползваше от медицинска помощ, в бъдеще почти ще се лиши от нея и ще бъде жертва на разните епидемични болести". [14]

За епидемичната обстановка в страната по това време яснота получаваме от цитираната информация във в. Медицински фелдшер, съгласно публикуван в Държавен вестник бюлетин за движението на епидемичните болести в Княжеството.

Дифтерия върлува в 145 места, Скарлатина в 140, Коремен Тиф в 135, Едра шарка (Variola vera) в повече от 30 места и пр. [14]

В коментара се казва още:

„Не може да се допусне, че всички околийски лекари, не са взели своевременно нужните мерки, за прекратяване на болестите или пък че не са се стараели за тяхното строго и добросъвестно прилагане, наопаки в повечето случаи, въпреки грижите и старанията, които са полагали и полагат лекарите и фелдшерите, болестите се разпространяват поради нямане на достатъчно медицински персонал от една страна - а от друга, поради закоренелите предразсъдъци и суеверия на селското население. Е добре, ако досега медицинският персонал не беше достатъчен, за да се води успешна борба със заразните епидемични болести, с тоя най-страшен бич, за нашето селско население, то какво ще трябва да се очаква в бъдеще, когато тоя персонал ще бъде намален така чувствително? Това всеки може да си представи, като вземе предвид горе изложените факти, които са основани на официални данни". [14]

Освен на закритите с майския бюджет участъци предстои закриване на нови през идващата година. [12] Предвидено е фелдшерите завеждащи участъците да бъдат заменени с лекари. Това решение поражда становище и въпроси на ръководството на фелдшерския съюз, изразени чрез съсловния вестник:

„*Не е работа да имаме само уредени участъци - завеждани от лекари, а подобрение в санитарното дело, което се постига, ако на туй население за което милеем, да му дадем бърза, подготвена и в случая безплатна медицинска помощ. Ако създадем из околиите санитарни участъци завеждани от лекари, постига ли се гонимата цел - подобряване санитарното дело у нас?" [15]*

„Кажете за бога, кой способен и популярен лекар ще остави града, спокойствието си и ще отиде да живее на село, да бъде изложен постоянно на удари, неприятности, да мръзне из одаите, да се лута из калта и през цял ред неприятности, които участъковите фелдшери сега изпитват.....". [15]

Взетото решение относно завеждането на участъците се тълкува от фелдшерите като модел заимстван от Германия и Франция. Но се отбелязва, че там: „*има най-много лекари, гдето всяка година излизат със стотини и гдето един лекар се пада на 700 - 1000 човека, а у нас един лекар на 10 -12 000.....". [15]*

Споменава се, че във всички държави лекарите си имат помощници, но под друго название (във Франция- ofisie de sante, Румъния- sib chirurg).

Същевременно фелдшерското съсловие е обезпокоено и от факта, че след двадесетгодишна работа кадрите са с неуредени професионални права. В това отношение ръководството на фелдшерския съюз посочва Русия. Като пример, утвърдените от императора правомощия на руските фелдшери и изработения от ВМС списък на лековете, които колегите им могат да отпускат и назначават в практиката си.

В България *"Фелдшера е дясната ръка на лекаря, значи негов помощник, като такъв на лекаря, той извършва с него всичко, което е нужно за населението и за санитарното дело въобще."*, но правен регламент за дейността си кадрите нямат. Това е повод чрез съсловния вестник представители на съсловието да заявят:

„*Няма защо да ви е страх господа, ние ще се занимаваме с това което можем, което сме добили в практиката си, няма да се ангажираме да вършим всичко....."* [15, 21]

През 1902 г. д-р Ораховац е уволнен и Санитарната дирекция се оглавява от професора хирург Христо Стамболски, а след това и от д-р Марин Русев. Д-р Русев е със западноевропейска ориентация, както по въпросите на политиката, така и в областта на медицината. Изработва (1903) Закон за опазване на общественото здраве, който изразява частно-капиталистическите тенденции в развитието на здравеопазването и остава в сила до 1929 г. [23] Санитарно - административната служба придобива следния вид: Селска участъкова здравна служба с лекар или фелдшер,

общински лекар, околийски лекар, окръжен лекар и централно управление - Дирекция за опазване на общественото здраве към МВР. Законът регламентира селския здравен участък като задължителна организационна форма. [6]

През този период на развитие на общественото здравеопазване на фелдшерите се разрешава частна практика в селските общини. От информацията за болничното дело по това време разбираме, че фелдшерите са част от обслужващият персонал в болничните заведения заедно с лекарите и санитарите.

Медицински сестри се появили в болниците по-късно, след като било организирано първото училище за медицински сестри, при болницата Червен кръст (1900 г.). [23]

В съответствие с гл.9, чл.169, т.5 от Закона за опазване на общественото здраве правата и задълженията на фелдшерите на държавна, окръжна и общинска служба и на волно практикуващите фелдшери са регламентирани с Правилник през 1904 г.

Правилникът е утвърден с указ № 32 от 29.10.1904 г. и публикуван в ДВ, № 254 от 19.11.1904 г. Правата и задълженията на фелдшерите са уредени с 41 члена в четири раздела:

I. За участъковите на държавна, окръжна и общинска служба фелдшери;
II. За фелдшерите на окръжните съвети;
III. За фелдшерите на отделните селски общини и
IV. Раздел за свободно практикуващите фелдшери. [69]

Представен е списък на лекарствата (на латински език), който участъковите и волно практикуващите фелдшери могат да държат в своите амбулатории и да си служат с тях в своята практика.

Съгласно правилника и чл.1 от него:

Всяка санитарна околия се дели на няколко фелдшерски участъци. Определението на участъците става с протоколно решение от окръжните хигиенни съвети, утвърдено от ВМС . [69]

Назначаването на фелдшерите и обзавеждането на службите се урежда с чл.2

В центъра на всеки участък се установява по един държавен или от окръжния съвет фелдшер. За помещение на участъковите фелдшерски амбулатории, както за обзавеждането и издържането на последните, се грижат окръжните и общинските съвети. [69]

Подчинението на фелдшерите на околийските лекари, осъществяването на дейностите под техен надзор и указание урежда чл.4 от Правилника.

В задълженията на участъковите фелдшери са вменени посещения всеки месец на населените места от участъка. Проследяване и отговорности относно хигиенното състояние на обществени места - ханища, гостилници, кръчми, училища. Съблюдаване хигиената в дворовете на селяните и състоянието на питейните източници. Освен правомощия за въдворяване на ред в хигиенно отношение и наказания на нарушителите, фелдшерите са задължени да оповестяват околийските лекари за нерешените проблеми.

По това време се чувства остра нужда от медицински кадри и на места на незаетите длъжности „околийски лекар" са назначени фелдшери. Предвид наличния опит в санитарното дело някои от фелдшерите се справят образцово. Достоен пример е дейността на фелдшер Атанас Петров, назначен от окръжния управител на Гюмюрджински окръг (днешна Кърджалийска област) със заповед № 453 от 8.11.1913 г. на длъжността околийски лекар в Кърджали.

„*На него се пада незавидната съдба да започне от нищото. С големи усилия намира паянтава сграда, в която разполага здравната служба, живее със семейството си, преглежда болни и приготвя лекарства. Създава здравни бригади, които обхождат домовете, за да издирват*

*болните от епидемично разпространяващите се петнист и коремен тиф, малария и туберкулоза. Фелдше*р *Петров работи до изнемога, защото обслужва голям и труден район"*. [86]

Дейността му е пример за професионализъм, отговорност в работата и всеотдайност към обществото.

През периода 1914 - 1923 г. настъпват значителни промени в здравния профил на населението и демографските показатели, като последици от трите войни. Епидемиите от заразни болести - малария, коремен, петнист тиф и др., са истински бич за населението. Борбата с тях е тежка и трудна, а икономическото състояние на страната – лошо. Н. А. Семашко обобщава: „*За цели десетилетия не ще могат да се заличат последствията от демографската и травматичната катастрофа"*. [82] Приносът на фелдшерите в медицинското осигуряване на населението през този период е впечатляващ. Високият идеализъм и беззаветното служене на любимия народ са имулс при изпълнение професионалните задължения на хигиенисти, здравни пропагандатори и лечители. Но в борбата със заразните болести съсловието плаща и кървав данък. Голямо е числото на фелдшерите, които намират смъртта си в борбата с болестите, „без да има кой да се погрижи за сираците им". [33] Публично достояние чрез в. „Медицинска мисъл" става боледуването и смъртта на 18.05.1922 г. на 41 г. фелдшер Михаил Чапразов от Оряхово. Случаят разгаря професионална и обществена полемика във вестниците „Искра" и „Сговор" издавани в Оряхово. За злочестата съдба на фелдшер Чапразов редакторът на „Медицинска мисъл" д-р Димо Бурилков заявява:

"*Да водиш борба с петнист тиф, да воюваш в мирно време с най-коварния враг, да излагаш живота си за общественото здреве и когато заболееш..... и след като умреш.....вместо всички да свалят шапка и се поклонят пред тая жертва на нашата морална тъпост и материална*

мизерия, идват твоите началници и казват: Умря, защото беше алкохолик и защото злоупотребяваше с полови удоволствия!". [13]

По случаят Чапразов д-р Бурилов заключава: "*Такава сурова, груба и тежка е нашата действителност и въпреки това пак има предани санитарни работници, които безкористно носят тежкия кръст и стоят на пост да пазят народното здраве. Хвала им и поклон пред тях!"*. [13]

Достоен е приноса на фелдшерите в общественното здравеопазване на страната. Потвърждават го и словата на д-р Тодоров, дългогодишен окръжен лекар: *"Не трябва да се забравя, че голяма част от труда, който се полага за опазване на общественото здраве, се понася от плещите на фелдшерите, и че те като стражи бдят и стоят вярно на постовете си из най-затънтените краища на отечеството ни. Никой добросъвестен лекар не може да откаже, че един добър и опитен фелдшер е като дясната ръка на лекаря".* [33]

Независимо от отговорното отношение, професионалния подход и всеотдайност в работата, фелдшерите години наред са атакувани от санитарни управници и отделни лекарски единици. Ограничават се професионалните им права, закриват се неоснователно фелдшерски длъжности по места, отнемат се работни места. Фактите:

- 1888 г. (Санитарният закон) – забрана на фелдшерите да практикуват медицина в кръга на професионалната подготовка;
- 1901/1902 г. - от 300 са закрити 100 фелдшерски здравни участъци и 120 фелдшерски длъжности, намалени са заплатите на практикуващите фелдшери с аргумента – необходимост от икономии в бюджета;
- 1908 г.- Дирекция опазване на общественото здраве издава заповед за затваряне на всички фелдшерски участъкови аптеки, а околийските лекари да "запечатат" фелдшерските амбулатории. Много от изпълнителите на заповедта се престарават.

- В 1908 г. (когато лекарите са недостатъчни) се изменя чл. 50 от Закона за народно здраве, който ограничава частната практика на фелдшерите до положение да я упражняват само след 10 г. служба, и то само там, където няма лекар.

  Безспорно „лекарската помощ е много по-квалифицирана, но поради факта, че тя е мъчно достъпна за населението и броят на лекарите е още много ограничен, фелдшерската помощ е била още необходима“. [32]
- 1919 г. – на Х-ия събор на ЛС е направено предложение да се бойкотират фелдшерските училища. [33]

  Лансира се тезата за „ненужността и дори за вредността за народното здраве от работата на фелдшерите“. [32]

„Това са актове на посегателство над законно придобити професионални права и лишаване населението от първа медицинска помощ”. [33] Факт е обаче, че дълго време, почти до 9.IX. 1944 г., основната работа по хигиената, санитарията – промишлена, хранителна, комунална, ваксинациите, борбата със заразните болести и епидемиите, маларията, карантините, домакинските служби и здравните заведения, а в началните години – болногледачеството и отчасти лечението, са извършвани предимно от фелдшерите. [40]

Обществото, понасящо законодателните последствия от ограничаване професионалната дейност на фелдшерите, реагира спонтанно на неоснователните решения и атаки срещу фелдшерите. През 1908 г. хиляди телеграми от недоволни граждани засипват бюрото на министъра на Вътрешните работи и Народно здраве. Министър Такев отменя заповедта на Директора на Дирекция обществено здраве с думите: „*Вижте резултатите на вашата санитарна политика”*, имайки предвид протестните писма. [33]

През 1923 г. „е направен пореден опит за омаловажаване и обезличаване дейността на фелдшерското съсловие”. [33] На 27 декември на свое

заседание ВМС взема решение и с окръжно № 1568/ 1923 г. д-р Ив. Кисяков, Директор Дирекция Народно здраве забранява приложението на противодифтериен серум от фелдшери. Забраната е наложена на основание направените обсъждания на заседанието (отразени в самото окръжно). Съгласно тях фелдшерите не се занимават с преките си задължения, а се отдават на свободна медицинска практика, повечето имат частни аптеки, отпускат лекарства без да се съобразяват с предписанията на относителния правилник и твърде неумело манипулират със серумите. ВМС решава, че „*би могло да има сериозни последстия*". [Захариев, Ив. окръжно № 1568]. Последствия има, но като резултат от наложената на фелдшерите забрана независимо от проблемите в санитарното дело по това време, за чието разрешение спомагат те. В брошурата "Как умират селските деца" на д-р Димо Бурилков се казва: „.....*селските деца умират по вина на Дирекцията на Народно здраве. След забраната на фелдшерите да инжектират противодифтериен серум, смъртността между селските деца веднага се покачва. Пита се: кой е виновен?"*

В края на същата брошура се осъжда наложената забрана с аргумента - същите манипулации фелдшерите извършват в болниците и незаслужено се пренебрегва техния 30 годишен труд. Основателен е въпроса: „Къде са нещастните случаи на фелдшерите?" Според д-р Бурилков : „*практиката и опита показват, че забраната има резултат, а той е – всяка година стотици насилствено издигнати детски гробове по селата".*

Категоричен по въпроса за смъртността на децата е и началникът на бактериологическия институт в „Известия" на Дирекция Народно здраве (стр.169) „.....*Това несъмнено се дължи на забраната да се употребява противодифтериен серум от фелдшерите, което става причина инжектирането на болните да закъснява с няколко дни до идването на лекаря".*

През годините, в които фелдшерите носят товара на санитарната дейност след Освобождението, изпълняват роля на всеотдайни здравни пропагандатори, лекуват в рамките на своята компетентност бедното и страдащо население в най-малките и отдалечени населени места и активно участват в полагане основите и утвърждаване на общественото здравеопазване в България, дейността им като професионалисти е под знака на подозрение, а правата, които фактически притежават - оспорвани и не винаги ясно нормативно разписани. Съсловието организирано от професионалния съюз упорито се бори за легализиране на професионалната дейност. На XXVI конгрес на съюза на санитарния и ветеренарен персонал в България проведен през месец юли 1930 г. медицинският фелдшер Иван Захариев, автор на реферата "Историческото минало, настоящето и бъдещето на фелдшерското съсловие" съобщава датите 01.12.1920 и 24.02.1921 г. „*като светли в историята на професионално движение на фелдшерите*". [33]

На 01.12.1920 г. медицинският фелдшер Иван Пандов, народен представител, внася в Народното събрание предложение за изменение на чл. 51 и 53 от Закона за опазване на общественото здраве. Предложението е подписано от народните представители: Ст. Карчев, Ст. Даскалов, Ц. Матов, Ив. Гетов и още 57 народни представители. След обстойни обсъждания и дебати на 24.02.1921 г. Народното събрание приема с голямо болшинство изминението на въпросните членове от ЗНЗ, утвърдено и с Указ № 7 от 13.03.1921 г. от ръководещия МВР и НЗ Министър на Правосъдието господин Ст. Омарчевски. Фелдшерите непоколебими в отстояването на своите професионални права с изменението на посочените членове от Закона постигат легализиране правата на 1200 фелдшери - завършили фелдшерски училища и положили изпити, други прослужили 5 години в санитарното ведомство, свършилите специални училища или команди. По информация на фелдшер Захариев (от Конгреса) преди промяната на Закона

правоспособност са получи още 150 души, които са в напреднала възраст и в продължение на 1-2 год. напускат службата поради старост. От професионална дейност, също поради напреднала възраст, се оттеглят и мнозина получили правоспособност с промяната на Закона. [33]

Системата на здравеопазване във времето 1914 – 1923 г. се характеризира със специфично структурно разпределение на наличните кадри в медико-професионален, социално-обезпечителен и териториално-селищен аспект. [60] В зависимост от административната подчиненост на отделните служби в здравната мрежа фелдшерите работят предимно на държавно от възможните пет нива: държавно, окръжно, общинско, ведомствено и частно. Има относително постоянство в броя на околийските амбулаторни служби завеждани от лекар и известно намаляване на фелдшерските. До 1930 г. извънстационарната медицинска помощ за населението се осъществява чрез тях. [60] Фелдшерските здравни служби все повече се насочват към селата. Таблица №10 показва броя и административната подчиненост на фелдшерските амбулатории.

Таблица 10 - брой, разположение и административна подчиненост на участаковите фелдшерски амбулатории 1922 – 1923 г.

подчиненост	Вид на заведението	1922 г. брой	От тях в селата	1923 г. брой	От тях в селата
държавни	**Участ. фелдшерски амбулатории**	**500**	**500**	**438**	**438**
	спрямо				
	Околийски лекарски амбулатории	143	61	167	82
окръжни	**Участ. фелдшерски амбул**атории	**289**	-	**391**	**391**
	спрямо				
	Околийски лекарски амбулатории	30	-	43	42

Осигуреността с фелдшерска помощ расте до 1923 г. и спада чувствително през 1924 г., като следствие от признаване и отнемане правата на санитарните подофицери през този етап. Увеличаване броя на фелдшерите (и акушерките) е определена линия в кадровата политика в областта на здравното дело. [7] Броят на фелдшерите през 1925 г. е 1325, като 1245 са на обществена служба, а 80 на частна практика. Прогресивните лекари обаче

са принципни противници на заменянето на лекарската с фелдшерска помощ и на X-ия събор на ЛС (1919 г.) се прави предложение членовете на съюза „да бойкотират фелдшерските училища, като отказват да преподават в тях “. [60; 41]

По мнение на д-р Сим. Аврамов, с утвърждаването на частната лекарска практика като основна форма на здравеопазване в медицинските фелдшери, лекарите виждат нежелани свои конкуренти. Под прикритието, че на народа няма да се осигури висококвалифицирана помощ, се преустановява подготовката на фелдшери и през 1928 г. със Закона за народното здраве се забранява по-нататъшното откриване на училища за медицински фелдшери. [1]

Професионално-съсловно противопоставяне, а не търсене на единство на лекарски и фелдшерски труд е един от факторите затрудняващ развитието на здравното дело в посочения период. [60]

Законът за народно здраве, приет през 1929 г., отменя предходния от 1903 г. и освобождава държавата от финансирането на здравеопазването, стоварвайки финансовата тежест върху обеднелите общини. В следващите години вместо децентрализация се стига до разпокъсване на здравното дело. Намалява броят на селските здравни служби от 1080 през 1923 г. до 900 през 1930. [23] Като цяло дейността на здравните органи се ограничава и се редуцират кредитите за нуждите на здравеопазването, което изпада в кризисно състояние. През 1934 г. държавата е принудена и поема издръжката на цялата здравна мрежа. Прави се опит за увеличаване броя на лекарите в селата с Наредба-закон за задължителната служба и частна практика на лекарите в селата от 1935 г.

По силата на чл. 29 от Закона за НЗ от 1929 г. във всяка околия се назначава по един държавен околийски лекар, предимно хигиенист. В участъците с отсъствие на такъв - фелдшер. Изглежда сякаш “вратите” на участъка са „отворени” и фелдшерът може да работи според своята подготовка при

упоменатата ситуация. Една такава действителност би била реална при други условия, защото:

1. С окръжно № 30198-I от 24.12.1929 г., на Министъра, в отдел I, параграф 5, т. „а" се разпорежда на окръжните постоянни комисии и председателите на окръжните съвети за знание и изпълнение, че всички санитарни участъци по начало са лекарски. Само в случаите, когато учасъка не бъде зает от лекар, може временно да се завежда от фелдшер, до появата на лекар кандидат.
2. С окръжно решение на Дирекцията № 298, 93-I от 27.12.1929 г. всяка длъжност, заета временно от изпълнявящ длъжността лекар или фелдшер, трябва да се обяви за свободна. При поява на лекар кандидат тя се предоставя на него, а практиката на фелдшера се преустановява. [33]

С чл. 204 от Закона за Народно здраве приет 1929 г. на фелдшерите се разрешава свободна фелдшерска практика, при условие, че лицето, което ще практикува, има десетгодишна държавна, окръжна или общинска санитарна служба и в съответното на практиката населеното място няма лекар. Разрешителното за практикуване се издава от окръжните лекари след проверка дали лицето отговаря на изискванията. При изпълнение на професионалната дейност фелдшерите са под прекия надзор на околийските лекари.

Това законно уредено право на фелдшерите е атакувано.

Макар тайно, писмо: № 1401- I/ 10.02.1930 г. на Дирекция Народно здраве до Пловдивския окръжен лекар става известно и буди тревога във фелдшерското съсловие, което води и до неговата интерпретация в НС. Съгласно писмото общинските лекари, за да извършват санитарна и лечебна дейност, трябва да обхождат селищата в общините. По този начин се приема, че има лекар в тях и съгласно чл. 204 от ЗНЗ фелдшерите не могат да установяват практика. Понеже цялата страна е разделена на санитарни

общини, според тълкуването на д-р Балкански (главен директор на Дирекцията), в България съответно няма населено място, където да се установи фелдшер на частна практика. [33] Законно разписана частната практика на фелдшерите става реално неосъществима и по силата на окръжно предписание № 6580/ 16.03.1930 г. Поради големи протести относно създалата се обстановка предписанието става известно на 10.06.1930 г. с публикуването в кн. 63 на „Известия" и в отсътвието на Главния Директор Народно здраве. Съгласно предписанието фелдшерите могат да окажат първа медицинска помощ с 20 медикамента, с които разполагат в чантата за спешни случаи. Останалите 52 медикамента (утвърдени с Наредба и заповед № 689 от юли 1929 г.) се изписват по "фелдшерски бележки". Частната практика реално е невъзможна. Няма условия за осъществяване на своевремена и ефективна помощ, а лечението на населението – затруднено, поради скъпите лекарства.

Санитарната политика по отношение на фелдшерите е допълнена и с неуредените правилници от Главна дирекция НЗ за упражняване на фелдшерското занятие, съгласно чл. 205. В тях по преценка на ВМС трябва да са разписани болестите, които фелдшерите могат да лекуват и лекарствата, които имат право да назначават. [33]

Броят на фелдшерите през 1934 г. е 1437 и до 1944 г. числеността на кадрите намалява. [60]

Строителството на здравни заведения в селата и малките градове се урежда със закон през 1938 г. и в отговор броят на селските здравни служби се увеличава от 800 за 1934 г. на 925 през 1939 г. Нараства и броят на лекарите. Законодателно се регламентира борбата с венерическите болести и маларията. Предприетите мерки действително подобряват санитарно-противоепидемичната дейност, но здравните нужди на народа остават все още незадоволени. [7, 59]

По данни на д-р П. Владимиров (ст. лекар в МНЗСГ, София) „Положението на селското здравеопазване преди 9.IX.1944 г. е много лошо. Броят на селските здравни заведения е крайно недостатъчен, а на много места в страната материалната база е в жалко състояние“. [16]

Табл. №11 представя броя на лекарите и фелдшерите, както и осигуреността на 10 000 население с кадри през посочените години.

Таблица №11 Брой лекари и фелдшери - осигуреност на 10 000 население 1939-1944 г.

Година	**1939**		**1942**		**1944**	
Кадри	**Брой**	**%**	**Брой**	**%**	**Брой**	**%**
Фелдшери **От тях на:**	1190	100	854	100	826	100
обществена служба	522	44,5	576	66,7	549	66,5
частна практика	668	55,5	288	33,3	277	33,5
Лекари **От тях на:**	3127	100	3160	100	3516	100
обществена служба	1905	61,5	2037	64,5	2248	63,7
частна практика	1222	38,5	64,5	35,5	1268	36,3
Осигуреност с :						
Фелдшери	1,90		1,30		1,20	
Лекари	5,0		4,8		5,2	

[60]

Дейността на медицинските фелдшери в общественото здравеопазване на България в периода 1878 - 1944 г., проследена в исторически план, дава основание да се направят следните изводи:

1. Фелдшерите са пионери в санитарното дело след Освобождението на България през 1878 г.;
2. Съвместно с лекарите полагат основите на общественото здравеопазване в страната.
3. Професионалната дейност на фелдшерите се осъществява в условията на различни политически и професионални предизвикателства, отразяващи се върху числеността и професионалното развитие на кадрите.

4. Като първи помощници и заместници на лекарите, в услуга на здравните потребности на българското общество през годините, последователно и непоколебимо отстояват професионалните си права и през 1883 г. създават първата професионална организация на медицински работници в България.

❖ Приносът на фелдшерите в здравното дело на България след Втората световна война.

Изследователите по история на медицината определят четири периода в развитието на медицината и здравеопазването в България след Втората светона война: първи (1944 - 1950), втори (1950 - 1973 г), трети (1973-1989г.) и четвърти (след 1989 г.). [11] През всички периоди фелдшерите практикуват професията, но политическите промени през годините обуславят предизвикателства пред кадрите, отразяващи се върху числеността и професионалното им развитие.

❖ **Първият период (1944 - 1950 г.)** по своята същност е възстановителен за българското здравеопазване.

Деветосептемврийският преврат през 1944 г. поставя начало на радикални промени в ръководството на здравното дело в България. [58] За първи път в българската история, с Указ № 283/9.09.1944 г., се създава Министерство на народното здраве (МНЗ), с министър, възпитаникът на руската медицинска школа д-р Рачо Генчев Ангелов. [8, 23]

В структурата на новото министерство са запазени четири от шестте отдела на бившата дирекция - за лечебни заведения, по заразни болести, здравно-технически и бюджетно-контролен, а отделите за социални болести и фармацевтичен прерастват в дирекции. Формирани са нови дирекции:

- „Дирекция за обща профилактика, лечебна помощ и здравно благоустройство“ с отдели: „Здравно - предпазни заведения“, към

който се отнася бившият отдел „Минерални бани и лечебни места“, отделите за местни здравни служби, малария и туберкулоза и новосформираните - за всенародна здравна застраховка и здравно благоустройство и строителство;

- „Здравеопазна химия“ с два отдела;
- „Майчинство, детство и здравна култура“ с четири отдела, а по-късно и „Трудово-професионална медицина“.

Структурните реформи в Централното управление на здравеопазването създават нов облик и по-големи възможности за компетентно ръководство. [37]

Главните задачи пред ръководните органи на здравеопазването са формулирани през септември 1944 г. в Програмата на отечествения фронт. [8] През 1945 г. се приема здравен план, който според историците съдържа в най-разгърнат за времето си вид здравната политика на МНЗ и БРП (к). Нейната, а с това и на министерството, основна цел, е стабилизиране и разширяване на обществения здравен сектор, създаване на стабилна здравна система върху солидни научни основи. В здравния план и в други документи се потвърждава политиката на цялостно обединение на здравните служби, както по върховете, така и по места и децентрализация на тяхното администриране и ръководство.

При разработването на плана МЗ полага усилия за съобразяването му с действителните здравни потребности на населението, с реалните възможности и общото икономическо и политическо състояние и развитие на страната. [37]

През разглежданият период целите са: подобряване жизненото равнище и здравна култура на народа; оздравяване на неговия бит и труд; най-широко санитарно благоустройство на жилищата във всички населени места; борба с детската смъртност; планова борба с туберкулозата и всички други заразни и социални болести; грижи за подрастващите поколения, като се поставят

на нужната висота хигиенните условия в селата, фабриките, работилниците и училищата; насаждане на истинска здравна просвета и всенародна медико-социална застраховка. [7]

С централизацията, която включва и централизирано финансиране, действително се постига решаване на редица проблеми в здравеопазването, като през следващия период се ограничават и ликвидират някои епидемични, паразитни, социално значими и особено опасни заболявания.

Втората световна война генерира катастрофални здравни последици и нищета за българското население. При тези условия недостигът от медицински кадри в страната е чувствителен. През 1944 г. медицинското осигуряване е представено от:

- 3 516 лекари, от които само 368 работят в държавни болници;
- 824 зъболекари;
- 695 аптекари и 442 помощник аптекари;
- 1070 акушерки;
- 372 медицински сестри. [37]

Фелдшерите заемат важно място в структурата на професиите в здравната система. Числеността им през 1944 г. е 826. По-голяма част от кадрите работят в първичната здравна помощ (ПЗП) и обслужват 2/3 от селското население във фелдшерските здравни пунктове (ФЗП), които са самостоятелни единици или включени в структурата на селските здравни участъци. Броят на тези здравни заведения през посочената година е около 927 и нараства на 1075 през 1948 г., в съответствие със здравната политиката. [23] Недобрите квартирни условия предоставени на лекарите и лошото благоустройство на селата - липсващо водоснабдяване и канализация в много селища, прави непривлекателна работата в селските здравни участъци. Неслучайно повечето лекари остават в градовете, макар и много от тях без работа, с мизерна частна практика, в очакване на по-

благоприятно време за реализиране на своите знания и опит. [37] В този смисъл статистическите данни за 1945 г. са логични:

от 3708 лекари в селата работят 806, а останалите 2902 са в градовете. Тоест в 3877 села от всичките 4567 няма лекар. И ако на 1 лекар в града се падат 581 жители, то в селата лекарят има професионален ангажимент към 6521 селски жители.

Това съотношение и разпределение на кадровия ресурс определя като изключително отговорни професионалните ангажименти на фелдшерите, работещи в селските здравни служби. Те осигуряват медицинско обслужване и реализират по места изключително важните по това време масови профилактични имунизации на населението против коремен тиф, дифтерия, вариола. Дейност в отговор на политиката и усилията на министерството за ограничаване на заразните болести. Фелдшерите са в състава на растящия брой „подвижни противоепидемични отряди“, организирани към всяка област за противоепидемични мерки и обезвъшчаване. Изпълняват санитарна дейност, влизайки в кадровия ресурс на новосформираните през 1949 г. осем районни здравни института в София, Пловдив, Стара Загора, Бургас, Варна, Русе, Плевен и Враца. Дейността им предполага голям брой мероприятия за оздравяване живота на населението - хигиенизиране на селищата, жилищата, работните места. Резултатите не закъсняват. За периода 1944 - 1950 г. заболеваемостта на 100 000 жители от петнист тиф намалява от 22,4 на 2,1, от коремен тиф - от 7,5 на 4,8, от дифтерия - от 57,1 на 35,0, леталитетът и смъртността от заболяванията значително намалява. [23]

Работата на фелдшерите в санитарно-противоепидмичното дело е действително ценна. Независимо от факта, че има санитарно-противоепидемична дирекция при МНЗ, която организира и ръководи всички структури по изпълнение на заповеди, нареждания, приложение на закони и наредби по санитарния надзор, въпреки извършените

реорганизации и постигнати успехи, в санитарно-противоепидемичната дейност до 1949 г. има редица недостатъци. Не е постигнато необходимото единство в дейността на периферните органи, независимо от усилията на МНЗ. ”Лекарите нямат вкус към хигиенната работа и отбягват не само по материални подбуди ангажираност в санитарно-епидемиологичните служби. Работещите в болниците, независимо от задължението към Закона за народно здраве, главно поради голяма ангажираност с лечебна работа, не отделят необходимото време за хигиенно-епидемиологична дейност”. [38]

Съгласно държавния здравен план медицинската помощ на селското население трябва да бъде подобрена и приближена до тази оказвана на градското население. Целта е един лекар да обслужва в селата около 2000 души, а на селища с 800 жители да се осигури медицински фелдшер. [16] За съжаление, освен проблемите с недостатъчната и на места стара материална база, по отношение, на която има специална политика с приетия през 1938 г. Закон за строителствотото на здравни заведения в селата и малките градове, недостатъчни и неравномерно разпределени са и медицинските кадри в страната. За реализиране политиката на „доближаване на медицинската помощ до населението“ по отношение на кадровия ресурс се предприема рязко увеличаване приема на студенти, предимно по медицина. От кадрите със средно образование подготовката на фелдшери е по-ограничена и данните сочат, че те са единственото съсловие, което независимо от приноса им в общественото здравеопазване през разглеждания период, са с намаляваща численост - от 826 за 1944 г. до 536 през 1952 г. [37]

❖ Професионална дейност на медицинските фелдшери през втори и трети период в развитието на медицината и здравеопазването в България, 1950 – 1989 г.

В историята на социалистическото здравеопазване 1951 г. е забележителна - Президиума на Народното събрание приема Указ за всенародна безплатна медицинска помощ. В здравеопазването се утвърждават принципи на: държавност, безплатност, общодостъпност, профилактична насоченост. [42] През 1958 г. за здравеопазване и обществено осигуряване са изразходвани 2 673 милиона лева срещу 385, 9 милиона лева за 1944 г. (близо 7 пъти повече). [36]

Мнението на лекарите, че фелдшерите (в които виждат свой конкурент в частната практика) са отживелица и временно явление до преодоляване недостига от лекарски кадри е опровергано. Новата организация на здравеопазване в страната показва остра необходимост от фелдшерски кадри във всички структури на здравеопазването и определя нарастваща численост на кадрите през годините: 1965 г. - 4161 фелдшери, 1970 г. – 4994, 1975 г. – 5479, 1980 г.- 7355 фелдшери в здравната система. [21, 42]

Здравното обслужване на населението през периода е организирано на участъков принцип. В селското здравеопазване през 1951 г. се извършва реорганизация и в укрупнения лекарски участък централно звено е участъковата амбулатория или участъковата болница. Териториално те обхващат няколко селски общини с лекарски и фелдшерски здравни пунктове (ФЗП) в тях. Фелдшерите предоставят на селищата до 800 жители лечебно-профилактична помощ - самостоятелно или в екип с медицинска сестра. Спомагат за предотвратяване и лекуване на травматични и други заболявания по време на полската работа в отговор на политиката за приближаване здравните грижи до селския труженик. [42] Обучават

активисти на БЧК и създават санитарни постове в полето за оказване на своевременна първа помощ на пострадалите.

Лечебно-профилактичната помощ в селското здравеопазване в голяма степен се реализира от фелдшери. Анонимно анкетиране през 1970 г. показва, че лекарите не желаят да работят по селата. Като причини са посочени липсата на подходяща среда, невъзможност за удовлетворяване на културните им потребности, изоставане в квалификацията, липса на професионален растеж и проблем при специализацията. [59]

През октомври 1973 г. се приема Закон за народното здраве, който отговаря на потребността от всеобхватен нормативен документ по въпросите на народното здраве. С него се налага забрана на частната лекарска практика, преутвърждава се правото на безплатна медицинска помощ. Цел в политиката на здравеопазването през периода е постигане (до 1990 г.) на равнопоставеност в медицинското обслужване на жителите от селото и града, но през периода 1970-1975 г. се закриват много селски болници поради нерентабилност и невъзможност за оборудване с модерна апаратура. Масовото обслужване на жителите по селата от фелдшери е повод в някои среди да се говори за „процес на фелдшеризация“ и упадък на селското здравеопазване. [8] По този въпрос д-р Йор.Трайков (представител на НИСХОУЗ - София) призовава да се прави разлика между фелдшерско обслужване и „фелдшеризъм“. „*Фелдшеризмът е нарицателна дума, характеризираща медицинското обслужване като затворено в рамките на лечението и предписване на лекарства от случай на случай, откъснато от профилактиката и от изучаването на санитарното състояние на населението и населените места.“*.

Той подчертава, че „фелдшеризмът“ е изживяно явление, а там където все още се проявява „от време на време“, трябва да се води борба за неговото пълно изкореняване. Относно професионализма и работата на фелдшерите на село изказва мнението: „*фелдшерските кадри в селата имат*

достатъчно подготовка, за да могат да решават компетентно всички въпроси, отнасящи се до здравето на повереното им население, но под ръководството на лекаря от селския здравен участък или районната болница“. [80]

През 1976 г. в проучване дейността на фелдшерите в първичната помощ са обхванати 26 фелдшерски здравни пункта в 4 окръга на страната. Резултатите:

1. Около 10-12% от всички посетили ФЗП пациенти са консултирани в районни болници.
2. С участъков лекар са консултирани 2-3% от болните.
3. Случаите със започващо и завършващо лечение във ФЗП са над 30%.
4. Непълноценна връзка между участъковия лекар и фелдшера от ФЗП, поради неритмични посещения на ФЗП от лекаря, по причини от различен характер - затруднения с транспорта, спешни случаи в селския здравен участък, голяма натовареност, текучество на лекарските кадри.

Проведеният хронометраж на дейността на фелдшерите в обследването показва:

- 55-70% от работното време фелдшерът изразходва за лечебно-профилактична работа;
- 10-14 % за санитарно-противоепидемична;
- 2-4% за здравна просвета;
- 2,5-3,5% за диспансерно наблюдение на болни и здрави лица;
- 7-10% за раздаване на медикаменти от аптечния пункт, завеждан от фелдшер;
- голям разход на време (около 13-15%) за административно стопанска дейност, семинари, участие в курсове за квалификация. [80]

Резултатите от проучването са показателни, че в по-голямата част от професионалната дейност фелдшерите са ангажирани с лечебно-профилактична работа.

Активно е участието им в политиката по провеждане на пълна и всеобща диспансеризация на населението. Фелдшерите поддържат тясна връзка с административното ръководство на селото, ползват помощта на масовите организации и обучения от тях санитарен актив за целенасочена разяснителна работа сред населението.

Организират, участват в реализирането на масовите профилактични прегледи и обобщаването на резултатите от обследванията, в разпределянето на контингентите по групи, техническото оформяне на документацията и насочването на болните за консултация и изясняване на здравния статус.

Усилията са в посока на качествено обслужване на пациентите. За преодоляване на съществуващия в известна степен шаблон и формализъм в работата на лекаря по отношение на ФЗП поради нерешени организационни въпроси или субективни причини и установяване на тясна професионална връзка лекар-фелдшер. За освобождаване на лекаря от техническа работа с възможност за обхващане на по-голям контингент от населението и ангажираност със случаите изискващи по-голяма компетентност. [80]

В здравното дело на страната през периода приоритетно е медицинското обслужване на работниците. Конституцията признава труда за основен обществено-икономически фактор, който се ползва от специалната закрила на държавата. Наред с общата здравна мрежа, където работниците се обслужват с предимство, се създава и работническо здравеопазване – фабрично-заводски лекарски и фелдшерски пунктове, здравни заведения при промишлените предприятия, мините, строителни обекти и транспорта, които осигуряват лечебна, профилактична и рехабилитационна помощ на работниците и служителите от съответната работническа структура, към

която са създадени. В здравните служби и пунктове на предприятията фелдшерите работят самостоятелно или в екип с лекари и медицински сестри. Дейността им е на цехов принцип – аналогичен на участъковия в териториалната здравна мрежа. Методите на работа определят провеждане на предварителни и периодични прегледи, диспансеризация на здрави и болни от обслужвания работнически кантингент. [60] Паралелно с лечебно-профилактичната помощ фелдшерите са упълномощени да съблюдават и контролират трудовата безопасност на работещите.

Според статистиката през периода работническите поликлиники са 10, селските здравни служби – 114, селските здравни участъци - 1049 броя, фелдшерските здравни пунктове по селата - 2075 броя, самостоятелни лекарски и фелдшерски здравни пунктове в предприятия - 80 броя. [60]

През втория период на социалистическото здравеопазване Санитарно-епидемиологичната станция се утвърждава като профилактично здравно заведение. Тя осъществява всички видове санитарен надзор и предупредителен такъв върху строителството на нови обекти, организира и провежда необходимите противоепидемични мероприятия на територията на която действа.

В разрешаването на задачите стоящи пред санитарно-епидемиологичните станции фелдшерите имат принос с изпълнението на различни функции в три направления:

- санитария;
- епидемиология;
- дезинфекционно дело.

Санитарните фелдшери под ръководството на санитарните лекари осъществяват надзор и обследвания на малки хранителни предприятия, културно-битови заведения, магазини за хранителни продукти, обществени столове и други обекти.

В областта на епидемиологията, като сътрудници на епидемиолозите, фелдшерите участват в борбата с трите звена на епидемиологичния процес – източник на заразата, нейния приносител и повишаване невъзприемчивостта на населението. [12]

За първи път работещите в санитарно-епидемиологичната дейност фелдшери (като помощници на санитарните лекари и епидемиолози) получават широки права в работата по осъществяваните от тях санитарно-надзорни функции. Те са поставени в положение на упълномощени длъжностни лица от органите на държавната власт, ползващи известни административни пълномощия. [12]

Структура, в която има голяма заетост на фелдшери е Бърза Медицинска Помощ. Професионалистите са част от екипите – реанимационни и долекарски още от самото създаване на специалната служба. В София през 1948 г. при обособяването на БМП при болница „Червен кръст“ (понастоящем болница Пирогов) са формирани фелдшерски екипи. Едни от първите професионалисти фелдшери работещи там са: К. Алексиев, Ив. Митов, К. Желязков. [87]

Квалификационната характиристика на фелдшерите позволяваща им вземане на адекватни самостоятелни решения ги прави професионалисти подходящи за работа в училищно здравеопазване, различни ведомствени здравни служби в системата на МВР, заведения за лица лишени от свобода, спасителни служби и др.

❖ Професията и дейността на кадрите във времето на здравна реформа в България

Началото на XXI-ви век в България се бележи от организационни промени в здравеопазването, осезаеми за кадрите с квалификация „фелдшер“, по отношение възможност за реализация и професионална

дейност, съобразно специфичната квалификация. В резултат на осъществена реорганизация в здравеопазването, фелдшерите практикуват без регламент, ясни правила и легитимност на отговорностите, които поемат при изпълнение на професионалните задължения.

Работещите във ФЗП остават без работа поради закриването на този вид лечебно заведение. НЗОК не определя фелдшерите като самостоятелен доставчик на медицинска грижа и при новите условия кадрите имат възможност да работят в Първичната помощ като наети от ОПЛ специалисти. Често в същите населени места, в които са работели и преди. Нерядко общопрактикуващи лекари предоставят отговорности на наетите в екипите им фелдшери, които изписват на рецептурни бланки лекарства и лекуват пациентите им в тяхно отсъствие с предоставените им неформални правомощия. Тоест общопрактикуващият лекар сключва договор със здравната каса за обслужване на дадено населено място, наема местният фелдшер и нещата за хората формално не се променят. Издаваните документи обаче (направления, рецепти) - с печата на общопрактикуващия лекар, са предоставени на фелдшера за ползване, докато лекарят регистрирал практика в града обслужва друга част пациенти от пациенската листа. Така фелдшерът работи в известна нелегалност и с лекаря са в риск да бъдат санкционирани. Във времето на отсъствие на лекаря от практиката обслужването на пациентите се осъществява от фелдшера в рамките на медицинската компетентност (в съответствие с квалификационната характеристика), но без законов регламент. Ситуацията, негласно толерирана от институциите, носи огромни рискове от попадане на фелдшерите под ударите на закона, заради превишаване на длъжностните им правомощия.

В отдалечени райони на страната съществуват десетки населени места, в които няма регистрирани лекарски практики поради непривлекателността им за лекарите. От години на такива места фелдшерите са единствен

доставчик на медицинска помощ. Поради обстоятелството, че няма лекарска практика, където официално да бъдат наети от общопрактикуващ лекар, потребността да изкарат прехраната си, а пациентите получат необходимата им помощ, се стига до създаване на нерегламентирани практики. Възникват условия за нарушаване на традиционно добрите взаимоотношения с практикуващите в първичната помощ лекари, поради изкуствено създадената среда на междуличностни конфликти от възникнала нелоялна професионална конкуренция.

Въпросът за достъпа на пациентите до медицинска помощ в населените места, в които отсъстват лекарски практики, стои открит и до настоящия момент. Отнетата възможност за самостоятелно практикуване на фелдшерите в рамките на професионалната компетентност с мотива „право на пациента на достъп до качествена медицинска помощ“ всъщност свежда нещата в такива случаи до нарушен достъп на пациента до помощ. Определено, когато отсъства законов регламент съобразен с реалната ситуация и потребностите на пациентите, неминуемо възникват условия за нерегламентирани дейности. Същите не могат да бъдат контролирани по отношение на качеството, в съответствие с установените медицински стандарти. Няма възможност и за осъществяване на контрол и данъчно облагане на възнаграждението по отношение на осъществената услуга – здравна помощ. Рисковете за обслужваните пациенти и финансовите загуби за държавата в такива условия на практика са по-големи.

В една такава реалност фелдшерите активно търсят решение на професионалните проблеми с отношение към пациентите и правото им на достъп до медицинска помощ. На инициирана от фелдшерите кръгла маса (през 2008 г.) с участието на представители на Комисията по здравеопазване към Народното събрание (НС), различни политически партии и медии, сериозността на поставените проблеми е призната.

„Изключително тревожен е фактът, че около 300 практики на ОПЛ вече са закрити. Съществува голям проблем как да задържим личните лекари и как да ги накараме да посещават отдалечените махали, селца и планински райони“. [43]

Това е тревожното съобщение на д-р Ив. Станкова в качеството й на член на Комисията по здравеопазване в НС. Тя подчертава, че за да се запазят лекарските практики трябва да се стимулират и мотивират лекарите, а това изисква добро заплащане и добри условия на работа - трудно изпълними изисквания в условията на ограничен финансов ресурс в здравеопазването. Според нея трябва да се търсят „гъвкави“ форми и начини за решаване на проблемите. „*Точно в селата е мястото на фелдшера, защото там проблемите са най-големи. Там хората искат лекарят или фелдшерът да се върнат“.* [43] В потвърждение на казаното са множество примери за села, в които хората спонтанно правят местни модели, за да запазят фелдшерите си. В същата дискусия (отново от представител на Комисията по здравеопазване) се акцентира върху факта, че в България са налице райони, където има депопулация и застаряващо население и е необходимо да се направи ясна и точна преценка какви практики е рационално да бъдат разкрити по тези места и какви специалисти да работят в тях. Отбелязва се, че в съответствие с общата стратегия и здравната карта, фелдшерът трябва да се разглежда като професионалист подходящ за работа в такива условия. [43] Направеният извод е подкрепен с проучване в САЩ, където например в кардиологична клиника работят трима лекари с 12 помощници. В изказването се акцентира върху факта, че в Америка за здравеопазване се отделят 18% от брутния вътрешен продукт, а в България - 4%. [43]

„*Следователно там се грижат повече за обществения интерес. При нас една практика се състои от един специалист помощник. Това е най-скъпият начин на здравеопазване. От данните на американската клиника се вижда, че първият помощник е фелдшерът. Искам да кажа, че ако*

гледаме обществения интерес, лесно можем да изведем какво трябва да правим с фелдшерите". [43]

Независимо от стимулите, които НЗОК осигурява на общопрактикуващите лекари за откриване на практики в неблагоприятни райони, нерегистрирането на лекарски практики е показателно за нежеланието на ОПЛ-ри за работа в малки, отдалечени от градовете, населени места. В анализа на резултатите от емпирично социологическо изследване на Парашкевова-Симеонова проведено през 2012 г. сред ОПЛ в област Стара Загора, проблемът се посочва като изключително тревожен. Изследователката констатира тенденцията за стремеж на лекарите от селските практики към работа в града. В своя анализ тя изразява мнение, че в бъдеще малките населени места ще останат без амбулатории на ПИМП. Като пример посочва община Раднево, в която към момента на проведеното изследване (юли – декември 2012 г.) няма нито една селска практика, независимо от големия процент население в селата – „*Всички ОПЛ са концентрирали своите амбулатории в общинския град*". [64]

Въпросът за осигуряването на населението от малките населени места с ПЗП, в отсъствието на лекарски практики, е изключително актуален и към настоящия момент, а отсъствието на нормативни решения крие риск по отношение цялостното функциониране на здравната система. В такива условия, фелдшерите и техните последователи, лекарските асистенти, могат да бъдат алтернативно решение, което е въпрос на нормативни регламенти, които на този етап законодателните институции не реализират.

Проблемът, съществуващ и в други страни, е намерил законодателно решение. Например в САЩ лекарски асистенти обслужват здравно неосигурени лица и населението в отдалечени райони и малки населени места. Проучванията доказват, че резултатите от дейността им са добри, а обслужваните пациенти – доволни от предоставената помощ. [92, 93]

Предизвикателство и риск за фелдшерите след старта на здравната реформа е работата в спешна помощ – структурата, в която традиционно практикуват кадрите. Работят в екип с лекари, но във филиалите на спешна помощ професионалистите формират екипи с медицинска сестра и шофьор или само с шофьор, без лекар (т.н. долекарски екипи). В тези случаи фелдшерът поема отговорността за диагностиката и решенията за терапия в хода на обслужване на пациентите. Дейността им не се свежда само до оказване на здравни грижи и придружаване на пациента по време на транспорта с линейка до лечебно заведение. Оценката на статуса на пациента, решението по отношение на диагноза и медикаментозна терапия в условията на спешност, какъвто например е случай на пациент с инфаркт, поведението и терапията по време на транспортиране на пациента, са все дейности отнесени към спешната медицина. Пример в това отношение би могла да бъде и работата на терен - оказване на помощ на пострадали при пътно транспортно произшествие.

Видно е, че фелдшерите практикуват медицинска дейност. Отсъствието на ясен законодателен регламент, обаче ги поставя в процеса на обслужване на пациентите в рискова ситуация, предполагаща подвеждане под юридическа отговорност в случай, че професионалните решения се интерпретират като надхвърлили правоспособността им. Този риск е особено голям в случаи с неблагоприятен изход в лечението на пациент.

Това са проблеми от изключителна важност и тревожат практикуващите фелдшери в очакване на законов регламент за дейността и определяне статута им като професионалисти .

Структурните и организационни промени в здравеопазването представляват сериозно предизвикателство и за фелдшерите, работищи в УДЗ. Дейността в структурата, от лечебна преди реформата, е променена в профилактична и промотивна, като някои специалисти изживяват предизвикателството да

бъдат отново назначавани на работните места, на които ги е заварила реформата.

Реорганизацията, с последващо закриване на работни места за фелдшери, засяга практикуващите в работническо здравеопазване и здравните служби към военните поделения. През годините са редуцирани длъжности, изискващи фелдшерска квалификация. Фелдшери са назначавани като медицински сестри, изпълнявайки сестрински функции. Няма данни, които да дадат яснота колко от работещите фелдшери са назначени като такива и изпълняват пълен обем от компетенциите, които имат по квалификационна характеристика. Това се потвърди дори и през 2016 г. В хода на проведено проучване през август – ноември 2016 г. в област Стара Загора, обект на което са практикуващи на длъжност „фелдшер“ стана известно, че работещите в здравната система кадри с тази професионална квалификация са повече от регистрираните в НСИ 110 души за областта. Този факт се установи с изразено желание на фелдшери за включване в проучването. Те обаче не отговарят на изискването - практикуващ на длъжност „фелдшер“. Заетостта им в здравната системата на друга длъжност, различна от „фелдшер“ се дължи на причини от различно естество, което може да бъде повод за проучване.

В условията на липсващи законодателни правила работодателите са затруднени в изготвянето на длъжностните характеристики на работните места. Предизвикателство се оказват и обезпечителните мерки по отношение на застраховане на професионалната дейност и професионалния риск, което кореспондира с трудовото законодателство и директивите на ЕС за безопасност на работната среда.

С приетия през 2005 г. ЗСОМСАМС фелдшерите са задължени да членуват като „асоциирани специалисти“ в Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ). С членството на практика нямат обективно съсловно представителство пред държавните институции,

което активно да търси решение на специфичните за съсловието професионални проблеми. Обучението по медицински модел, предоставящо право на диагностична и терапевтична дейност на фелдшерите, ги определя като професионалисти различни от „медицинските сестри“, „акушерките“ и кадрите с друга професионална квалификация, чиято дейност се свежда до реализиране на здравни грижи. Представлявани официално от други специалисти, фелдшерите не намират решение на проблеми с отношение към медицинския модел дейност на кадрите.

Трудностите в реализиране на професионалната дейност са основание за професионална демотивация, съпроводена с отлив на професионалисти от системата. Фелдшери напускат професията и търсят нови възможности за препитание - потвърдено с данни от НСИ. От 7 617 фелдшери работещи в системата през 1990 г. броят им за десет години се редуцира наполовина – 3 158 през 2000 г. Тези, които продължават да практикуват, в известен смисъл работят не съвсем легално - без официално отнети, но и без нормативно делегирани правомощия. Критичното положение, в което се намират професионалисите, заради неясен регламент на правомощия, пряко кореспондира с влошаващото се здравословно състояние на населението и със затруднен достъп в някои райони на страната до първична медицинска помощ.

Така фелдшерите реално присъстват в здравната система в условията на реорганизация на здравеопазването в България, но без ясен професионален статут в създадената след старта на здравната реформа законодателна рамка. [43]

Неформулирайки законов регламент за професионална дейност на фелдшерите, в съответствие с компетентността на кадрите и реалните потребности на пациентите от медицинска помощ, законодателните институции всъщност пренебрегват традиционната роля на фелдшерите като пряк доставчик на първична помощ в България. Правото на кадрите да

практикуват е ограничено, като се налага внушението, че професията е ретроградна и отживяла времето си.

С неясно изказани аргументи за липсата на аналог на професията в рамките на ЕС се взема стратегически важно решение за преустановяване обучението на фелдшери (от 1999 г.). Всъщност не се отчита фактът, че в много страни има професии с различно име, които са аналог на професия „фелдшер“, но не са поставени в неблагоприятни условия, както кадрите в България. Позовавайки решението на европейски директиви не се взема под внимание фактът, че в тези директиви става въпрос за общия пазар на труда в ЕС и поставяне общ стандарт за идентифициран модел кадри, но всяка европейска страна сама преценя нуждите си от количество и вид медицински специалисти, без да е поставено условие за игнориране на непознати модели от страна членка на ЕС.

На практика с решението за преустановяване обучението на фелдшери държавата отсъжда отмираща функция на професията и предопределя постепенно извеждане от системата на здравеопазване на цяла професионална гилдия във време на нарастващ дефицит на медицински кадри.

Законодателно регламентиране на професионалната дейност и статут на професионалисти по здравни грижи фелдшерите получават през 2011 г. с Наредба №1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

Наредбата законодателно регламентира правото на фелдшерите на медицинска дейност и изписване на медикаменти при определени условия, което отличава кадрите от останалите професии в направление „Здравни грижи“, но много от проблемите на съсловието остават нерешени.

Гласуваната през 2009 г. от Световната Медицинска Асоциация резолюция, тълкуваща делегиране на дейности от лекарските правомощия

на други медицински специалисти, демонстрира ясно процеси, които са световна практика с оглед ефективно използване на лекарския ресурс.

Дефицита на медицински кадри като цяло, доказаната успешната реализация на фелдшерите в България през годините като първи помощници и заместници на лекарите, феноменът на продължаващата им необходимост, особено в малките населени места и СМП, опроверга всички доводи за амортизация на професията. Понастоящем кадрите с тази професионална кваификация продължават да дават своя принос в Здравната служба на страната. Практикуват във всички структури на извънболничната и болнична помощ – училищно здравеопазване, като алтернатива на училищните лекари, диагностични и консултативни медицински центрове, ведомствени здравни служби, в лечебните заведения в местата за лишаване от свобода. По традиция най-голяма остава числеността на фелдшерите, работещи в спешна помощ и първичните здравни грижи.

Здравните мениджъри в България са наясно колко приложими като професионалисти са фелдшерите в Първичната здравна помощ, особено в отдалечените и непривлекателни за общопрактикуващите лекари райони. Фелдшерите, като професионалисти съчетаващи компетенции на сестринския профил със задълбочени познания по всички основни медицински дисциплини са подходящи за осигуряване на комплексна грижа на пациентите. Специфичната квалификация и професионален опит ги определя като подходящи специалисти за екипна дейност с ОПЛ. Особено за лекарски практики, в които листата включва пациенти от различни населени места.

Работили преди здравната реформа в селата, които сега обслужват с ОПЛ, фелдшерите се ползват с доверието на пациентите, изградено с коректна и професионална дейност през годините. Това при сегашните условия се отразява благоприятно върху организацията и качеството на работа на лекарската практика.

Актуален и в очакване на законодателно решение остава въпросът за обслужване на населението от малките и отдалечени от градовете селища, без регистрирани в тях лекарски практики, с последваща от това невъзможност за професионална дейност на фелдшери и ограничено право на гражданите на достъп до първична медицинска помощ.

Числеността на фелдшерите повлияна от:

- непрекъснато реформиращо се здравеопазване в България;
- политическото решение за преустановяване обучението на кадрите от 1999 г;
- статута на специалисти по здравни грижи с членство от 2005 г. в БАПЗГ като „асоциирани специалисти“, в съответствие със ЗСОМСАМС;
- настоящата нормативна рамка за професионална дейност;
- редуцираните във времето длъжности за професионална дейност на кадрите и ограничени възможности за продължаващо обучение и кариерно развитие е представена с фиг. 1 и табл. №12



Фиг. 1 Численост на фелдшерите, работещи в здравеопазването през периода 1980 – 2015 г., по данни на НСИ, НЦЗИ.

Табл. №12 Численост на фелдшерите в национален мащаб по официална информация от НСИ, НЦЗИ (за практикуващи) и НЕПР на БАПЗГ (за регистрирани) към 20.05.2017 г.

Год.	**Брой практикуващи по данни на НСИ**	**Брой регистрирани фелдшери в НЕПР на БАПЗГ**	**Разлика в данните**
2006	2568	2115	453
2007	2660	2553	107
2008	2508	2794	286
2009	2534	2898	364
2010	2417	2964	547
2011	2439	3091	652
2012	2456	3191	735
2013	не открити данни	3230	
2014	2569	3338	769
2015	2315	3388	1073
2016	2255	3595	1340
Към 20.05.2017г.	Към датата няма публично предоставена информация	3618	

Забележка: Броят на фелдшерите по данни на НЕПР показва всички регистрирани на съответната година, но не отчита членство – редовно или нередовно.

По данни на НЕПР съотношението на регистрираните към 20.05.2017 г. фелдшери по признак „пол“ е: 1578 мъже и 2040 жени.

Нарастващата численост на фелдшерите по години в съответствие с данните от НЕПР на БАПЗГ е резултат от активната екипна дейност на ръководството на съсловната организация и РЗИ по регистриране на кадрите в професионалната организация съгласно ЗСОМСАМС.

Несъответствието между данните на НСИ и тези от НЕПР за съсловие „фелдшери“ е показателно за отсъствие на яснота по отношение реалната численост на кадрите в системата. Този факт се потвърждава и с информацията, предоставена от БАПЗГ на МС по повод промени в Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти за задължително продължаващо медицинско обучение и отразяване на професионалното развитие в квалификационни нива, където съгласно регистъра на БАПЗГ за численост на професионалистите по професионална квалификация броят на фелдшерите за 2016 г. е отбелязан като 1912. [30]

Изводи:

1. През възстановителния период на здравеопазването, условно определен от изследователите по история на медицината като първи след Втората световна война, числеността на фелдшерите намалява независимо от приноса им в общественото здравеопазване.
2. Утвърждаването на участаковия принцип на обслужване на населението, отрежда активна роля на кадрите с професионална квалификация „фелдшер“ в общественото здравеопазване. Квалификационната характиристика на фелдшерите, позволяваща им определена автономна професионална дейност, ги определя като професионалисти подходящи за работа в различни структури с приоритетна дейност в Първична медицинска помощ и реализация на професионална дейност във ФЗП и СЗС.
3. В резултат на законодателни промени в условията на реорганизация в системата на здравеопазване в България фелдшерите практикуват професията, след старта на здравната реформа, без ясни правила и легитимност на отговорностите. В условията на несигурност и професионални предизвикателства възниква демотивация с последващ отлив на фелдшери от системата.
4. През 2011 г. фелдшерите получават законодателно регламентиране на професионалната дейност и статут на професионалисти по здравни грижи, но много от проблемите на съсловието остават нерешени.

❖ Професионални организации на фелдшерите

Нормативно неуредените професионални функции на фелдшерите в годините на възникване и утвърждаване на професията, неблагоприятните услови на работа и тежкото материално положение на професионалистите след Освобождението определят защитата на съсловните интереси като все по-необходима. Така през 1883 г. в София (Александровска болница) няколко фелдшери и помощник-аптекари създават първата фелдшерска професионална организация, именувана Дружество „Благодеяние“. Дружеството се председателства от фелдшера Гавраил Генков. „Благодеяние“ съществува до 1885 г., като няма информация относно преустановяването на дейността. През 1887 г. дружеството е възстановено и утвърдено от Върховния Медицински съвет с Писмо № 63226 от 10.12.1887 г. Исторически фелдшерско дружество „Благодеяние“ се определя като първата професионална организация на медицински работници в страната, затова и годината 1887 се счита за рождена на дружествата и организациите на средните медицински работници в България. [6,7, 32]

„Медицински фелдшер в България“ е печатният орган на сдружение „Благодеяние“, с който професионалистите получават информация по актуални професионални въпроси, известия и новини за дейността на кадрите. [6,7, 32].

Между правоспособните фелдшери и санитарните подофицери, удостоени с фелдшерско звание, поради недостиг на кадри, възниква конфликт, който е повод на общо събрание на фелдшерите през 1902 г. да се обособят две дружества. Печатен орган на правоспособните фелдшери става списание „Медицински фелдшер“ издаван два пъти месечно, а на санитарните подофицери сп. „Фелдшер“. (При документалното историческо

изследване не бяха установени данни за продължителността на съществуване на организациите).

Постоянна промяна на образователно-квалификационната степен, ограничени и късно предоставени възможности за продължаващо обучение, специализация и кариерно развитие, потребност от нормативно регламентиране на специфичните компетенции, редуцирането на работни места за кадрите в условията на непрекъснато реформиращото се здравеопазване, са предизвикателствата в по-новата история на професия фелдшер - повод инициативен комитет от фелдшери да създаде през 1989 г. в град Смолян, на общински принцип, първия фелдшерски съюз след 1944г. Целта на съюза е национално обединение на фелдшерите, защита на съсловните интереси и принос в общественото здравеопазване.

През 1990 година съюзът е официално регистриран, като „Съюз на фелдшерите в България“ и реално е наследник на „Фелдшерско дружество Благодеяние“ от 1884 г. За председател е избран фелдшерът Димитър Ишкитиев, който е един от основателите и постоянен член на Висшия медицински съвет към МЗ. Още през лятото на същата 1990 г. ръководството на съюза провежда среща с министъра на здравеопазване (проф. д-р Черноземски), за уреждане статута и функциите на фелдшерите. Под ръководство на мед. фелдшер Ишкитиев са проведени много срещи с министри и народни представители, имащи отношение към професията и дейността на кадрите. [10]

Съюзът на фелдшерите в България си партнира и взаимодейства със синдикалните организации. Проведени са много успешни работни срещи с г-н Пламен Димитров и д-р Кокалов от КНСБ; г-н Димитър Манолов и д-р Константин Тренчев от КТ Подкрепа.

През 2007 г. съюзът е пререгистриран с решение № 89 на Пернишкия окръжен съд, като „Сдружение на Медицинските Фелдшери /Бакалаври Медици/ в България” **(**СМФБМБ), вписан в регистъра на юридическите лица

с нестопанска цел към Министерство на правосъдието - том V-8, страница 530, партида 501, под № 20070220009 с „Удостоверение” № 009/20.02.2007г. [10]

Сдружението се представлява от Управителен съвет:

Председател - Александър Александров,

Зам.- председател Димитър Ишкитиев,

Членове - Камелия Васева, Галина Бочева, Марин Вълков.

Целите на Сдружението:

- *Признаване на СМФБМБ за национално представителна професионално-съсловна организация на фелдшерите;*
- *Да съдейства за развитие на здравеопазването в България чрез становища по проекти за нормативни актове в областта на здравеопазването;*
- *С предложения да съдейства за формулиране правния статут на фелдшерите, съобразно професионално-квалификационната характеристика на професията;*
- *Да съдейства за професионалното развитие, специализация и усъвършенстване на фелдшерите чрез запознаване и внедряване на съвременни постижения в областта на медицината.*
- *Да предлага становища на МЗ, висшите медицински училища и други институции в страната по проблеми, и здравната политика, към които фелдшерите имат отношение със статута и дейността си, включително и по отношение образователно-квалификационна степен на кадрите;*
- *Да осъществява международни контакти със сродни организации и внедрява опита им за добра медицинска практика, съобразно европейските стандарти в дейността на фелдшерите.*
- *Самостоятелно или в сътрудничество с други организации да организира и провежда форуми – конференции, симпозиуми, конгреси*

и др. по различни медицински теми с отношение към дейността на фелдшерите.

- *Да рестартира обучението на фелдшери в България под разпознаваемото в международните медицински среди име „Лекарски асистент“;*
- *Да представлява и защитава професионалните интереси на членовете на Сдружението, да подпомага тях и семейства им в случай на необходимост.* [10]

Управителният съвет, подкрепен от своите членове, започва активна работа по отношение основната цел - признаване на Сдружението за самостоятелна национално представителна професионално-съсловна организация на фелдшерите предвид създадената със закон през 2006 г. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ), в която фелдшерите са задължени да членуват, като асоциирани специалисти. Основният аргумент - нарушеното право на фелдшерите за равнопоставеност с останалите професионалисти в БАПЗГ предвид присъединяването им, като „асоциирани“. Членство, отнемащо им възможността за самоуправление и саморегулация - право на всяка регулирана медицинска професия, каквато е професия „Фелдшер“.

„*С десетки писма сме сезирали МЗ за принудителното членство на фелдшерите/лекарски асистенти в БАПЗГ. Асоциацията бе създадена със закон, без да е спазено демократичното право на мнение за обединение на всички включени в нея професионални съсловия.*

За пореден път отговорно декларираме, че ръководството на БАПЗГ през годините на членуване на фелдшерското съсловие в организацията пренебрегва и не търси решаване на важни за нашето съсловие професионални проблеми с негативни последици за цялата здравна система. Професионалните правата на фелдшерите/ лекарски асистенти

не са защитени“, се казва в писмо на Сдружението през 2018 г., до Здравната комисия в Народното събрание (НС). [10]

Всички народни представители в здравните комисии към НС от 2007 г. до 2020 г. са запознати с настояването на фелдшерите за адекватен законов статут и самостоятелна професионално-съсловна организация, на която професионалистите имат право, като кадри от регулирана професия. Нерешаването на проблемите на съсловието са повод УС да заведе през 2009г. дело в международния съд за правата на човека в Страсбург. Основният мотив - нарушени професионални права. Медицинските специалисти се жалват от законовата уредба в страната, която не им дава възможност да упражняват професията си.

„*След промени в нормативната база фелдшерите нямат право да извършват определени манипулации и да изписват лекарства. Те работят предимно в спешната помощ в по-малките градове и по селата, където няма лекари……..и за да не влизат в конфликт, както с правото, така и с моралните норми, колегите масово напускат професията“.* [10]

Достоверността на твърдението се потвърждава с данни на НСИ, съгласно които числеността на фелдшерите в страната намалява осезаемо извън естествените процеси (пенсиониране и смърт). Управителният съвет на Сдружението изказва съжаление за опитните професионалисти, напуснали професията.

Ръководството на сдружението организира три национални протеста на фелдшерите в отстояване правото на професионалистите за членство в самостоятелна професионално-съсловна организация, търси и ползва всички законови форми за постигане на целта. В 40-то НС представя Проектозакон за съсловна организация на фелдшерите, уреждащ статута на професията, който е на крачка от приемане. От поемането на ръководните функции пет пъти сезира Омбудсмана на Република България, Председателя на НС, Комисията по правата на човека и Здравната комисия към НС за

нерешените проблеми на съсловието, като последица от членството на професионалистите в БАПЗГ.

В съответствие с целите ръководството на Сдружението провежда през годините многократни срещи със здравните министри: проф. д-р Гайдарски, д-р Желев, д-р Нанев, проф. д-р Борисова, д-р Константинов, г-жа Атанасова, проф. Петров, д-р Ненков, д-р Андреева, д-р Москов, г-н Ананиев, както и с различни народни представители и институции, в търсене на решение на проблемите на фелдшерите.

От Сдружението настояват пред българските институции - Министерство на образованието и МЗ, (след преустановеното обучение на фелдшери от 1999 г.) да се въведе специалността „Лекарски асистент“, по примера на Великобритания, Холандия, Германия, Съединените щати, Латвия и много други страни, с което да стартира обучение на кадри, последователи на фелдшерите. В резултат на последователната политика в Закона за висше образование, по инициатива на СМФБМБ, е въведено понятието и професията „Лекарски асистент“. През 2014-та година, след участие в работни групи по времето на три различни правителства, УС реализира фундаменталния си проект - признаване от страна на държавата на професията „Лекарски асистент”. В Медицинските университети, като държавна политика стартира обучение на лекарски асистенти - първоприемници и последователи на фелдшерите в България.

С активната си дейност ръководството допринася за приемане в 41-то НС на „Закон за изменение на Закона за здравето“, с който по силата на § 2в, ал. 1 и 2 от преходните и заключителни разпоредби на ЗЗ (ДВ. бр. 98 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.) статутът на заварените случаи – практикуващи фелдшери, е приравнен със статута на лекарските асистенти по отношение възможности за практикуване. [10]

Показателно за активната, упорита и последователна политика на УС на Сдружението на медицинските фелдшери, в защита интересите на

професията и дейността на професионалистите, са петте Законопроекта, на които е автор - за промяна на ЗЗ, ЗВО (2011г.) и три Законопроекта за промяна на ЗСОМСАМС – неуспешни до момента (вторият Законопроект е предложен за второ гласуване в НС, но процедурата е преустановена поради смяна на правителството).

Ръководството на Сдружението инициира Предложение за промяна на Наредба на МЗ с отношение към получаване и съхраняване на лекарствени продукти от фелдшери. Реализира промени в Наредба №1 на МЗ от 2011 г . за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, в частта регламентираща дейностите на медицинските фелдшери (изм. ДВ., бр.50 от 01.07.2011г.). През месец март 2016 г., след аргументирано предложение на УС на СМФБМБ, подкрепено и със становища от учебните институции, в които се обучават студенти, професия „Лекарски асистент“ е включена в регистъра на регулираните професии в Република България.

С дейността си СМФБМБ отстоява правата и интересите на медицинските фелдшери, популяризира и работи за престижа на лекарските асистенти в страната и извън границите на България. [10]

През 2019 г. УС на организацията става съосновател на новия „Синдикат на Българските медицински специалисти“, в търсене на работещо решение по важни професионални въпроси - повишаване на трудовите възнаграждения на медицинските професионалисти, промяна категорията на труд на работещите в някои структури медици, защита на професионалистите от насилие и посегателства по време на изпълнение на служебните задължения и др. [10]

Глава 3

Професионална дейност и компетенции на медицинските фелдшери: актуална нормативна рамка

В медицинската йерархия професия „Фелдшер“ стои между професиите на лекарите и медицинските сестри, поради специфичната квалификация на кадрите. Преминали тригодишен курс на обучение (след завършено средно образование) по медицински модел различен от този на лекарите, професионалистите получават различна образователно-квалификационна степен (ОКС) през годините – средно специално, полувисше образование, специалист по професионална квалификация „Фелдшер“.

В съответствие с настоящето законодателство фелдшерите имат ОКС „професионален бакалавър“ – чл.42, ал.1, т.1, буква „а“ от Закона за висшето образование. (ЗВО) [28]

Законодателството урежда различията в ОКС с:

Преходни и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗВО (ДВ бр.41 от 2007г.);

§ 32. (2) *Лицата, придобили образователно-квалификационна степен” специалист по...” до влизането в сила на този закон, имат правата на лицата, придобили образователно-квалификационна степен ”бакалавър” по чл.42, ал.1, т.1, буква “а”;*

(3) *Лицата по § 5 от преходните и заключителните разпоредби имат правата на лицата, придобили образователно-квалификационна „степен”бакалавър” по чл.42, ал.1, т.1, буква “а”;*

Преходни и заключителни разпоредби

§ 5. *Дипломи за полувисше образование, издадени от полувисши институти до влизането на този закон в сила, дават правата на завършили образователна степен “специалист по...”*

Професионалните дейности, които фелдшерите могат да реализират самостоятелно или по назначение от лекар, са нормативно регламентирани в раздел IV на Наредба №1 от 08.02.2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. [46]

Фелдшерите извършват самостоятелно дейностите, упоменати в чл.7 от наредбата, като единствено те след лекарите имат право на самостоятелна медицинска и лечебна дейност. Притежават компетентност за реализиране на различни по обем и сложност дейности в областта на профилактиката, диагностиката, терапията и рехабилитацията на пациентите.

Чл. 7, т.3 буква „а“ (Изм. ДВ., бр.50 от 2011 г.) *подготовка и извършване на долекарски преглед в лечебно заведение за извънболнична помощ, в център за спешна медицинска помощ, както и в местата за лишаване от свобода и системата на Министерството на вътрешните работи, в случаите, когато пациентът не може да бъде прегледан от лекар, чрез снемане на анамнеза, статус (чрез физикални методи на изследване – оглед, палпация, перкусия и аускултация), поставяне на предварителна (работна) диагноза на базата на симптоматиката, обективното състояние и лабораторните изследвания на болния; не се допуска самостоятелен преглед и назначение на лечение на деца до 3-годишна възраст освен при състояния, пряко застрашаващи живота на детето*. [46]

Чл.7, т.3, буква „б”

Предписване на разрешени за употреба в страната лекарствени продукти и издаване на рецепти с изключение на тези от приложение № 1 на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Обн. ДВ., бр.21 от 2009 г., изм., бр. 91 от 2009 г.) *само при сключен договор с лечебно заведение*. [46]

Чл.7, т.3, буква „г” определя правото на интерпретиране на рутинни изследвания;

Чл.7, т.3, буква „у“ – *разпознаване на промени в електрокардиограма, налагащи оказване на спешна медицинска помощ;*

Чл.7, т.6, буква „з“ (Изм. ДВ.,бр 50 от 2011 г.) *извършване на първична реанимация – непряк сърдечен масаж, дефибрилация и изкуствена вентилация;*

Чл.7, т.6, буква „и“ - *поддържане на жизнените функции на пациента при състояния, застрашаващи живота по време на транспортиране*.

Чл.7, т.6, буква „л“ (Нова – ДВ., бр.50 от 2011 г.) *изписване, извършване на инфузионна терапия, прилагане на антиаритмични, кардиотропни лекарствени продукти и кортикостероиди при състояния, налагащи оказване на спешна медицинска помощ. (СМП).*

Чл.8 от наредбата регламентира дейностите, които фелдшерите извършват по лекарско назначение.

Професионалните дейности по Наредба №1 – правомощия на фелдшерите - са ясно конституирани и определени като познавателни, аналитико-синтетични и технически. Реализират се в различни по обем и сложност медицински и здравни дейности по профилактика, диагностика, терапия, рехабилитация на пациенти, осигуряващи пълна грижа за пациента при остри и хронични страдания предимно в извънболничната помощ. Отличават се от компетенциите на другите професии в направление „Здравни грижи“ с възможността фелдшерите да извършват самостоятелна диагностично-консултативна и терапевтична дейност в рамките на определената компетентност.

В Националния класификатор на професиите и длъжностите (НКПД) под код 2240, в групата „Парамедицински специалисти“ до 2011 г. фигурира единствено професия „Фелдшер“. С влезлите промени в НКПД-2011 от 01.01.2017 г. (Заповед № РД01-931/27.12.2010) в групата е включена и

професия “Лекарски асистент“. Квалификацията „парамедицински“ не съответства на специфичната подготовка на кадрите, но наименованието е прието под влияние на ISCO-08 (International Standard Classification of Occupations), Международната стандартизирана класификация на професиите в практиката на Република България.

Професия „Фелдшер“ е различна от професия „Парамедик“, която не фигурира в НКПД и независимо от така определеното наименование на групата описаните дейности, които фелдшерите имат право да извършват, отговарят на регламентираните с Наредба № 1 от 2011г.

НКПД 2240 Парамедицински специалисти

Парамедицинските специалисти предоставят услуги по консултиране, диагностика, лечение и превенция на хора, които са по-ограничени по отношение на обхват и сложност от услугите на лекарите. Те работят самостоятелно или под ограничено наблюдение на лекари като прилагат модерни клинични процедури за лечение и превенция на болести, наранявания и други физически или умствени болести, които са присъщи на конкретни общности. Парамедицинските специалисти изпълняват следните основни задачи:

- *извършват физикални прегледи на пациенти и разговарят с тях и техните семейства, за да определят здравния им статус и записват тази информация;*
- *извършват основни медицински и оперативни процедури, включително назначават лечение и други превантивни или лечебни мерки, особено за често срещаните заболявания;*
- *назначават диагностични изследвания – рентгенови, електродиаграмни и лабораторни;*
- *извършват терапевтични процедури като инжектиране, имунизиране, обработване, дезинфекциране и превързване на рани;*
- *помагат на лекари при сложни хирургически процедури;* [56]

Професия “Фелдшер“ е включена в регистъра на регулираните професии в България – потвърждение на значимостта ѝ за живота и здравето на хората, в съответствие с определението за регулирана професия. [98]

Фелдшерите практикуват в страната в съответствие със Закона за здравето, Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ЗСОМСААМС), Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ).

Чл. 183 (ЗЗ)

(1) (Изм. ДВ., бр.85 от 2005 г., в сила от 25.10.2005г., изм. ДВ., бр.41 от 2009г., в сила от 02.06.2009 г.)

Медицинската професия се упражнява от лица, притежаващи диплома за завършено висше образование по специалности от професионални направления „Медицина“, „Дентална медицина“, „Фармация“ и „Здравни грижи“.

(4) (Ново ДВ., бр. 85 от 2005 г., в сила от 25.10.2005 г.)

Медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти упражняват медицинската професия при условията на глава втора от Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, (ЗСОМСААМС).

Чл.190 (ЗЗ)

(1) *Лицата, упражняващи медицинска професия, имат право на свобода на действия и решения съобразно своята професионална квалификация, медицинските стандарти и медицинска етика.*

Чл.4, глава втора от ЗСОМСААМС (Обн. ДВ., бр.46 от 03.06.2005 г.)

Медицинска сестра, акушерка или асоцииран медицински специалист може да упражнява професията си на територията на Република България, ако отговаря на изискванията на глава втора и е вписан в регистъра на регионалната колегия на Българската асоциация на професионалистите по

здравни грижи (БАПЗГ), на територията на която упражнява дейността си.

Осемнадесет години след преустановеното обучение на фелдшери, реалната ситуация в здравеопазването показа, че и днес фелдшерите са нужни като доставчици на медицински услуги. Те продължават да дават своя принос в Здравната служба на страната. Практикуват във всички структури на извънболничната и болнична помощ, в съответствие с квалификационната характеристика:

- В Центровете и филиали на спешна и неотложна медицинска помощ;
- В Първична извънболнична медицинска помощ;
- Специализираната извънболнична медицинска помощ (ДКЦ и МЦ)
- Специализирани диспансери;
- Центрове за трансфузионна хематология;
- Домове за медико-социални грижи за възрастни хора и деца с и без физически увреждания;
- В РЗИ;
- Училищно и детско здравеопазване;
- Хосписи и структури за палиативни грижи;
- Кризисни центрове;
- Служби по трудова медицина;
- Ведомствени здравни служби;
- Здравно-осигурителни фондове и организации;
- В структурите на БЧК;
- В областта на транспорта - за предпътни прегледи на шофьори и машинисти.

След старта на здравната реформа в България фелдшерите работят в Първичната медицинска помощ, наети от Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) по:

Чл. 13 (3) от (ЗЛЗ), (ДВ., бл.76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.)
Лицата по ал.1 и 2 могат да наемат и други лица съобразно нуждите и обема на лечебната дейност; и

Чл. 15 *Лицата по чл. 13 и чл. 14, ал. 1 могат да сключват договори за изпълнение на медицинска дейност с фелдшери и медицински сестри (акушерки), които работят и в друго населено място*.

В училищно и детско здравеопазване фелдшерите със специфичната квалификация са алтернатива на училищните лекари. В съответствие с настоящото законодателство, дейността на медицинските специалисти в училищно и детско здравеопазване е в направление профилактика и промоция на здраве, но през последните години все по-актуален става проблемът с нарастващата травматична патология. В ситуация на спешност своевременната и адекватна реакция е изключително важна. В този смисъл училищните и детските здравни кабинети са подходящи работни места за фелдшери, като професионалисти подготвени по медицински модел с възможност за оценка на реалната ситуация и оказване на първа долекарска помощ до пристигане на екип от ЦСМП.

Статутът на кабинетите и дейността на професионалистите регламентира Наредба № 3/27.04.2000 г. на МЗ (Обн. ДВ., бр.83)

Чл.3 (1) *Към детските заведения и училищата се организират здравни кабинети. Дейността на здравните кабинети се осъществява от медицинска сестра или фелдшер с образователно-квалификационна степен специалист или бакалавър.*

Чл.4 *Дейността на здравния кабинет може да се осъществява и от лекар, медицинска сестра или фелдшер от амбулатория за първична медицинска помощ.*

С политика отреждаща „отмираща функция“ на професия „Фелдшер“, числеността на кадрите ще намалява с времето. С обучението на „Лекарски асистенти“, като последователи и първоприемници на фелдшерите, ще

настъпят промени в законодателството поради предстоящото включване на лекарските асистенти в здравната система. В някои законодателни текстове тази промяна вече е факт – професия „Фелдшер“ е заменена с професия „Лекарски асистент“.

Настоящото законодателство осигурява възможност на фелдшерите да извървят до край своя професионален път.

§ 2в от преходните и заключителни разпоредби на ЗЗ (ДВ., бр.98 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.)

(1) *Фелдшерите, които имат права по **§ 32, ал.2 и 3** от преходните и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗВО (ДВ., бр.41 от 2007 г.), да се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл.42, ал.1, т.1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от две години през последните 10 години.*

(2) *Фелдшерите, които имат права по **§ 3**от преходните и заключителни разпоредби на ЗСОМСААМС, се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл.42, ал.1, т.1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от три години през последните 10 години.*

С § 2в, ал.1 и 2 статутът на заварените случаи на практикуващи фелдшери е приравнен със статута на лекарските асистенти по отношение възможности за практикуване.

Съгласно Наредба №1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазване (обн. ДВ, бр.7 от 27.04.2015г.), лицата с професионална квалификация “Фелдшер” могат да специализират по следните клинични и неклинични специалности:

- Клинични специалности: Спешна медицинска помощ; Първични здравни грижи; Педиатрични здравни грижи, Гериатрични здравни грижи; Психиатрични здравни грижи; Апаратно поддържане на

извънтелесно кръвообращение; Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания и

- Неклинични специалности: Обществено здравеопазване.

Възможността на фелдшерите за специализация и придобиване на специалност в системата на здравеопазване определя и кодираните в НКПД квалификации:

Код 2240 / **3001** Фелдшер;

2240/ **3002** Фелдшер, специализант

2240/ **3003** Фелдшер със специалност в системата на здравеопазване. [56]

Със старта на здравната реформа и подписването от българска страна на Директива 2005/36/ЕО, в българските институции се пораждат различни тълкувания по въпроса за практикуване на фелдшерската професия и свободен избор на фелдшерите за съсловно сдружаване. В търсене на правилното тълкувание на спорните въпроси с помощта на политическо представителство до европейската комисия е изпратено запитване с конкретно формулирани въпроси:

1. Счита ли Комисията, че съществуват европейски регулации, които да са приложими за дейността и статута на лекарския асистент или това е предмет на вътрешно национално законодателство?

2. Смята ли Комисията да въведе на общностно ниво правила, които да регламентират статута и дейността на лекарските асистенти на територията на Съюза?

3. Има ли правни пречки лекарските асистенти да се сдружават свободно в съсловна организация, която да ги представлява? [67]

Отговорът на г-жа Bienkowska от името на Европейската комисия (писмо от 12 август 2015 г.) потвърждава правото на българските

професионалисти за работа в страни членки на ЕС, в които професията е регламентирана**.** [65]

В него се казва:

„Регламентирането на професиите и на професионалната дейност попада в сферата на компетентност на държавите членки. Всяка държава членка може да реши, в рамките на правото на Съюза, дали и по какъв начин да регламентира дадена професия/ професионална дейност. (1) Изискванията за минимално равнище на квалификация са хармонизирани на равнище ЕС по отношение на определен брой професии (2), като професията на лекарските асистенти не е сред тях.

С Директива 2005/36/ЕО (3) се улеснява признаването на квалификация, придобита в друга държава - членка на ЕС, в случаите, когато дадена професия е регламентирана (4) в дадена приемаща държава членка.

По отношение на лицата, притежаващи българската квалификация „фелдшер-лекарски асистент“, които кандидатстват за достъп до регламентирана в друга държава членка професия (5), се прилага т.нар. обща система за признаване (6) съгласно същата директива .“ [65]

В отговор на твърдението, че самостоятелното съсловно сдружаване нарушава европейското законодателство в писмото се казва:

„*Съгласно законодателството на ЕС такива правни пречки не съществуват“.* [65]

Справка с отношение към текста отговор на ЕК:

(1) Например, по какъв начин да се регламентира равнището и съдържанието на необходимата за упражняването на професията квалификация, дали да се направи задължително членство в професионална организация и др.

(2) С Директива 2005/36/ЕО се хармонизират изискванията за минимално равнище на професионална квалификация само за лекари, медицински сестри с общ

профил, лекари по дентална медицина, фармацевти, акушерки, ветеринарни лекари и архитекти. Тези професии са обхванати от режима на автоматично признаване съгласно дял III, глава III от Директива 2005/36/ЕО

(3) Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005 г. относно признаването на професионалните квалификации, ОВ L 255, 30.9.2005 г., изменена с Директива 2013/55/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 20 ноември 2013 г. за изменение на Директива 2005/36/ЕО относно признаването на професионалните квалификации и на Регламент (ЕС) № 1024/2012 относно административно сътрудничество посредством Информационната система за вътрешния пазар („Регламент за ИСВП“), ОВ L 354, 28.12.2013 г.

(4) По смисъла на член 3, параграф 1, буква а) от Директива 2005/36/ЕО

(5) В съответствие с член 23а от Директива 2005/36/ЕО, въпреки че някои притежатели на българската квалификация „фелдшер-лекарски асистент“ е разрешено да продължат да упражняват тази професия, те нямат право на професионално признаване в други държави членки като лекари или медицински сестри общ профил.

(6) Съгласно дял III, глава III от Директива 2005/36/ЕО [65]

Обобщение:

От представената нормативна рамка е видно, че към момента в България е налице законова уредба, регламентираща професионалната дейност и компетенции на кадрите с професионална квалификация “Фелдшер” и специализацията им в системата на здравеопазване в България в областта на здравните грижи.

Глава 4

Практикуващите фелдшери за професията – кратък коментар на резултати от емпирично социологическо проучване на практикуващи на длъжност „фелдшер“ в област Стара Загора

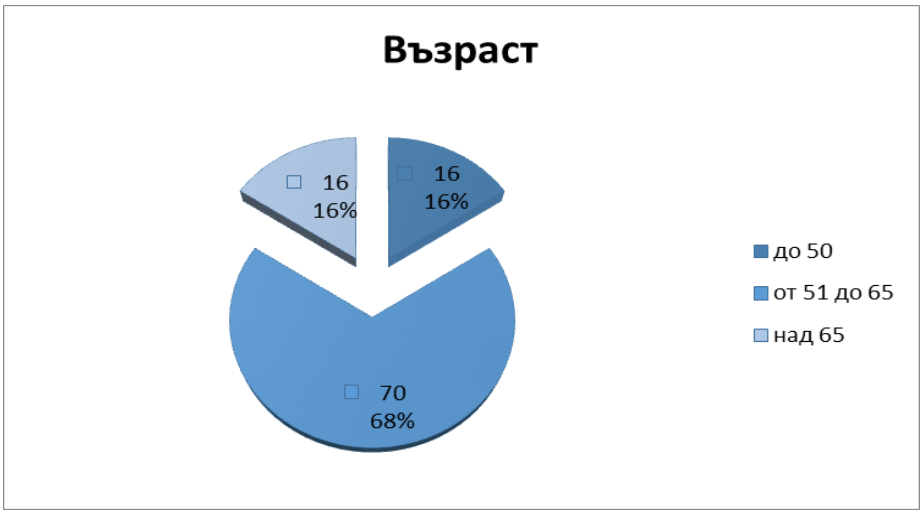
Проучени са професионалния път, реализация, обучение и удовлетвореност на фелдшерите през погледа на практикуващите, в условията на реформиращо се здравеопазване

Преустановеното обучение на фелдшери с последващо излизане на кадрите от системата формира тенденция на намаляване числеността на работещите медицински фелдшери в област Стара Загора, което следва тенденцията в национален мащаб по отношение численост на кадрите с тази професионална квалификация – от 6885 през 1995 г. числеността на фелдшерите в страната достига до 2255 през 2016 г. (по данни от НСИ).

През юли - октомври 2016 г. е проведено емпирично социологическо проучване, по метода интервю „лице в лице“, с професионалисти, практикуващи на длъжност „фелдшер“ в област Стара Загора От 110 фелдшери, отговарящи на изискването, по официални данни от РЗИ, 102 са поканени и взели участие в изследването.

Резултатите от проучването на социално-демографската характеристика възраст показват тенденция към застаряване на респондентите, като работна сила – характерно и за страната. С най-голям брой 70 и относителен дял (68%) са фелдшерите от възрастовата група 50 - 65 год. (фиг. 2, 3) Средната възраст на практикуващите професията в областта, към момента на изследването е 58,5 год., като най-младият фелдшер е на 44 год., а най-възрастният - на 79 год.

В изследването жените практикуващи фелдшери са повече от мъжете – 58 (57%) жени спрямо 44 (43%) мъже, което кореспондира с по-голямата заетост на жените в здравеопазването. (фиг. 4)

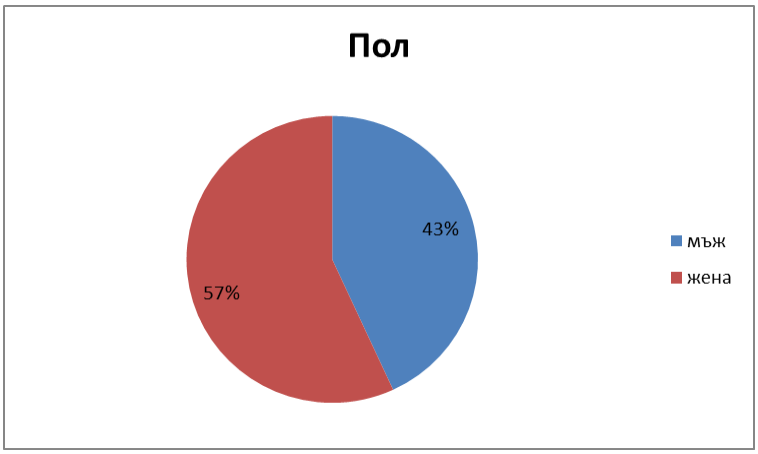


Фиг. 2 Възраст на респондентите



Фиг. 3 Резпределение на респондентите по възраст

x ср.	***58.5***
SD	***7.2***

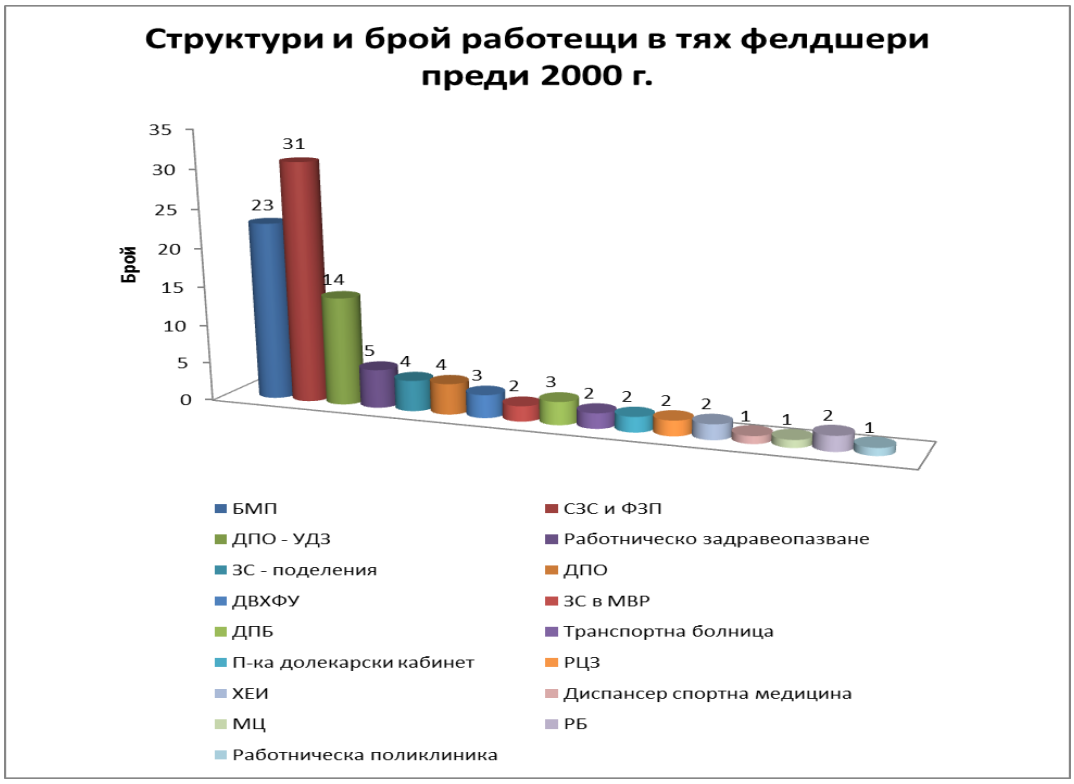


Фиг. 4 Разпределение на професионалистите по пол

Изследваният професионален маршрут на фелдшерите в областта показва, че същия съответства на възможностите за реализация на професионалистите в различни структури на здравната система и реално съществуващите работни места преди и след старта на здравната реформа. В индивидуален план е съобразен с личностната мотивация и нагласа на респондентите за професионална реализация, собствената оценка на професионалните качества и възможности.

Установяваме, че преди 2000 г. специалистите с професионална квалификация „фелдшер“ практикуват предимно в извънболничната помощ с привес в ангажираността на кадрите в Първична медицинска помощ (ПМП) – 31 човека (31%) във Фелдшерски здравни пунктове (ФЗП) и Селски здравни служби (СЗС), 23-ма (23 %) в Бърза медицинска помощ (БМП), 14 професионалисти (14 %) в училищно и детско здравеопазване (УДЗ). Други структури, в които работят фелдшери – работническо здравеопазване, „Дом за възрастни хора с физически увреждания“ (ДВХФУ), Здравна служба във военно поделение, Регионален център по здравеопазване, Диспансер по спортна медицина. Заетостта на кадрите в болничните заведения е ограничена. Единственото болнично лечебно заведение в област Стара Загора с назначени на работа по-голям брой фелдшери е Държавната психиатрична болница „д-р Георги Кисьов“, гр. Раднево.

На фиг. 5 са показани структурите и броя на работещите в тях фелдшери преди 2000 г.



Фиг. 5 Структури и брой работещи в тях фелдшери преди 2000 г.

Разпределението на практикуващите по тип дейност показва фиг. 6



Фиг. 6 Заетост на фелдшерите в съответствие с типа дейност.

Структурните и организационни промени в здравеопазването след 2000 г. представляват сериозно предизвикателство за професионалистите с квалификация „фелдшер“. Създадената с реформата нова организация на ПМП - медицинско обслужване на населението от индивидуални и групови лекарски практики, променя професионалната съдба на кадрите, които остават без работа след закриването на ФЗП и СЗС в очакване да бъдат наети на работа от общопрактикуващите лекари (ОПЛ), като еднолични търговци или мениджъри на групови практики съгласно чл.13 (3) и чл.15 от ЗЛЗ да *„наемат и други лица съобразно нуждите и обема на лечебната дейност*“.

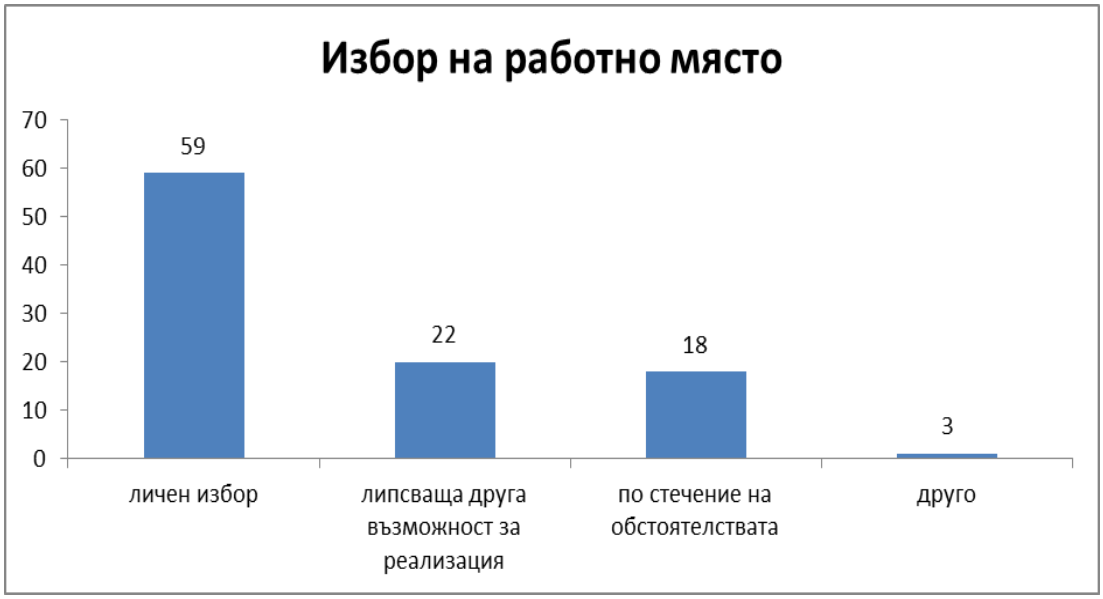
За работещите в училищно и детско здравеопазване (УДЗ), където дейността на кадрите от лечебна преди реформата е променена в профилактична и промотивна, следва предизвикателството да бъдат отново назначавани на работните места, на които ги е заварила реформата.

Реорганизацията, с последващо закриване на работни места за фелдшери, засяга практикуващите в работническо здравеопазване, в здравните служби към военните поделения, спортен диспансер гр. Стара Загора.

Традиционно голяма остава числеността на професионалистите практикуващи в Спешна медицинска помощ (СМП). Към момента на изследването, по данни на НСИ, фелдшерите са с най-голяма численост от кадровия ресурс на работещите в СМП. В много от филиалите на спешна помощ в страната фелдшерите са тези, които основно осигуряват медицинското обслужване на населението при състояния от спешен характер.

Предположихме, че преобладаваща част от обхванатите в проучването професионалисти са преминали през процес на „избор“ на работно място, съответно на структурните промени в здравната система. Резултатите показват, че 59 респонденти (59%) са направили „личен избор“, 22-ма фелдшери (22%) заемат настоящото си работно място „Поради липсваща друга възможност за реализация“, 18 (18%) от фелдшерите са заели

длъжността „По стечение на обстоятелствата“, а 3-ма (3%) фелдшери са на работните си места поради „друго“ обстоятелство - лични причини, трудоустроен поради заболяване, липсваща друга възможност и др. (фиг. 7)



Фиг. 7 Избор на работно място

Работните места на практикуващите, към момента на проучването, са в структурите с:

- предимно диагностично - лечебна дейност – СМП, ПИМП с ОПЛ, Държавна психиатрична болница (ДПБ), Специализирана извънболнична медицинска помощ (ДКЦ и МЦ), Ведомствена Здравна служба към МВР, Хоспис;
- С профилактична, промотивна и контролна дейност – УДЗ и Регионална здравна инспекция (РЗИ).

Фиг. 8 представя месторабота на фелдшерите по структурна заетост и броя на кадрите към момента на изследването.



Фиг. 8 Структури и брой на работещите в тях фелдшери в област Стара Загора към момента на проучване, юли-ноември 2016 г.

Проследявайки с проучването многообразието в професионалния път на фелдшерите, обобщаваме същия по следния начин:

Професионалисти, практикуващи професията на 1 работно място през цялата професионална кариера – 3-ма (3%); На две работни места – 35 (34 %) Работещи на 3 и повече работни места – 64-ма фелдшери (63%)

По отношение стаж на настоящо работно място 28 (27%) от практикуващите професията фелдшери имат професионален стаж на настоящо работно място до 10 г., 48 професионалисти (47%) - до 20 год. и 26 (26%) от професионалистите са със стаж на настоящо работно място над 20 г.

Резултатите за „общ трудов стаж“ са основание за извода:

Всички, практикуващи в здравната системата фелдшери, в област Стара Загора имат голям професионален опит преди и в хода на здравната реформа в Република България. От работещите фелдшери - 35 (34%) имат стаж до 30 год., 47 (46%) – стаж от 31 до 40 год., 20 (20%) - над 40 год. (фиг. 9)

Към момента на проучването най-малкият трудов стаж при практикуващите фелдшери е 24 год., а най-големият - 54 год.



Фиг. 9 Професионален стаж като фелдшер

От анализа на общия трудов стаж и такъв на настоящо работно място, следва извода, че професионалистите с над 40 г. практика (20% от обхванатите в проучването) работят след навършване на пенсионна възраст според българското законодателство, което предполага предстоящо освобождаване на работни места в системата.

Интерес за нас, като изследователи, представлява проучването на възможностите и реализирането на продължаващо и следдипломно обучение на кадрите с квалификация „фелдшер“, като гаранция за поддържане ниво на компетентност, в съответствие с иновациите в медицината и променящите се потребности на обслужвания контингент.

Базирайки се на резултатите от изследването, формулираме следните изводи с отношение към темата продължаващо и следдипломно обучение на фелдшерите:

1. Преобладаващата част от професионалистите (91%) са повишавали квалификацията си съобразно предоставените към даден момент възможности, в различни форми на продължаващо обучение;
2. Практикуващите професията проявяват интерес и желание за професионално усъвършенстване и развитие, което се потвърждава с преминалите университетско обучение (18 фелдшери) за

придобиване на по-висока образователно-квалификационна степен (ОКС) - „бакалавър“ и „магистър“, по специалностите: УЗГ, Здравен мениджмънт, Социални дейности, Социална педагогика (ОКС).

3. Късно предоставените за специалистите с квалификация „фелдшер“ възможности за специализация (от 2001 г.), с възможност за специализация по клинични специалности от 2010 г. и 2015 г., са фактори с отношение към отсъствието на фелдшери с придобита специалност по СДО към момента на изследването.

Фиг. 10 представя броя на професионалистите, повишавали квалификацията си чрез различни учебни форми.



Фиг. 10 Брой професионалисти повишили професионална квалификация чрез различни учебни форми

В условията на кадрови дефицит в системата на здравеопазване изследването на професионалната удовлетвореност на медицинските специалисти, като сложна функция на редица променливи, много от които субективни, е от голямо значение по отношение анализ на мотивацията на професионалистите за оставане в системата и практикуване на професията.

Удовлетвореността от работата (УР) е един от най-важните аспекти на професионалната реализация, обвързана с положителните преживявания на личността след постигане на важни цели с отношение към задоволяване на актуални потребности.

В нашето проучване прилагаме модифицирана 5-степенна Ликертова скала - WCW скала, JSS (jobsatisfaction – scale), която съдържа въпросник от 6 айтема за оценка удовлетвореността на фелдшерите от работа.

Надеждността на модифицираната WCW скала се оценява с коефицент за надеждност на Кронбах (Cronbach's alpha). За разглежданата скала алфа (α) има стойност 0,187. Тази стойност показва „ниска" надеждност и се дължи на хетерогенността на групата на изследваните лица – сериозно различие в месторабoтата и условията за реализация на дейността. Това се потвърждава и от стойностите на $x_{ср.,}$ които варират в широк интервал.

Изборът на компонентите, обект на изследване с отношение към удовлетвореността на фелдшерите от професионалната дейност, е съобразен със специфичната квалификация на кадрите, професионалните компетенции и възможности за реализация, както и нормативните регламенти.

Изследваме:

- Удовлетвореността на фелдшерите от *броя работни часове седмично*;
- Удовлетвореност от „*възможността да реализират професионалната си компетентност";*
- Удовлетвореност от „*обем задължения*";
- Удовлетвореност от *нормативната рамка, определяща професионалната реализация.*
- Удовлетвореност от *възможността за автономно вземане на професионални решения в рамките на компетентността*;
- Удовлетвореност *от зачитане професионалното мнение на фелдшерите в екипа, в който работят*.

Удовлетвореност от броя работни часове седмично.

Удовлетвореността от броя работни часове седмично фелдшерите оценяват по отношение на часова натовареност от работна смяна/дежурство за денонощието и сумарно за работната седмица. Професионалисите практикуващи в УДЗ, РЗИ, ДМЦ, МЦ, ПИМП с ОПЛ са с нормирано работно време – 8 часа. С намалено работно време (7 часа) и организация на работа по график с дежурства (по 12 часа – дневни и нощни) за работещите в СМП, ДПБ.

Фиг. 11 представя резултатите от изследването на удовлетвореността от *броя работни часове седмично*.



Фиг. 11 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на броя работни часове седмично.

Резултатите дават основание да приемем, че фелдшерите от изследваната група в по-голямата част са удовлетворени от броя работни часове седмично.

Удовлетвореност от възможността да реализират професионалната си компетентност

Като изследователи, за нас представлява интерес удовлетвореността на фелдшерите относно възможността да реализират професионалната компетентност в условията на всички отправени във времето предизвикателства към тях: преустановено обучение на специалисти,

преструктуриране на работни места, дефицит и неравномерното разпределение на медицински кадри в страната като цяло, реформиращо се здравеопазване и цялостната политика по отношение на професия „фелдшер“.

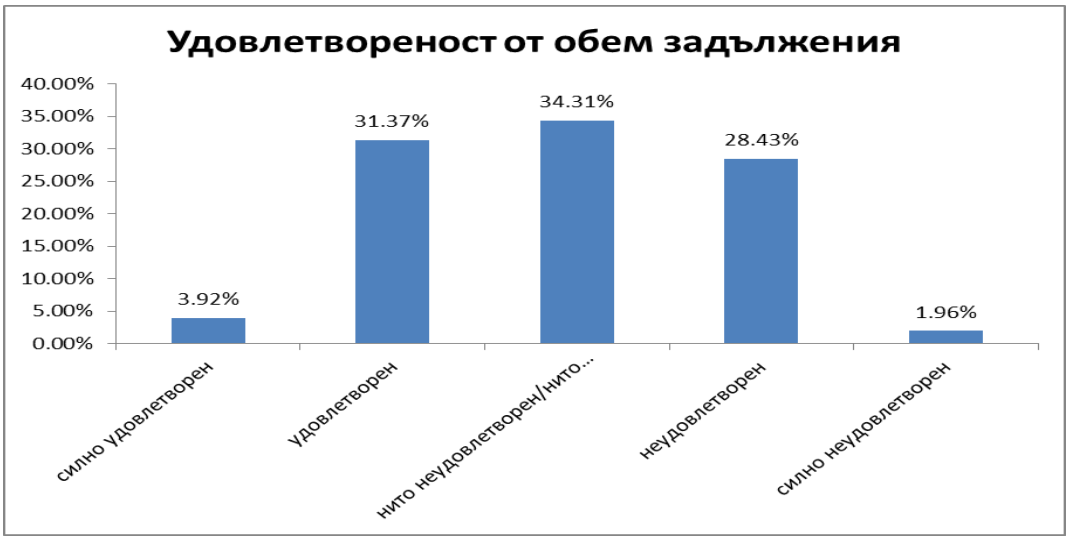
С изследването за удовлетвореност *„от възможността да реализирате професионалната си компетентност“* установяваме резултатите представени на фиг.12



Фиг. 12 Степен на удовлетвореност от възможността за реализация на професионална компетентност.

Удовлетвореност от „обем задължения“, компонент 3

Резултатите от проучването по отношение удовлетвореност от „обем задължения“ са представени на фиг. 13



Фиг. 13 Удовлетвореност на фелдшерите от „обем задължения“

Удовлетвореност от нормативната рамка, определяща професионалната реализация. Компонент 4

Към момента на проучването професионалната дейност на медицинските фелдшери е в съответствие с ЗЗ, ЗЛЗ, Закон за здравното осигуряване, Наредба №1 на МЗ за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно и подзаконови нормативни документи – Наредби и Постановления, с отношение към конкретни дейности в структурите, в които работят кадрите. Медицинският модел на подготовка на професионалистите с квалификация „фелдшер“ позволява, с нормативно регламентиране (в Наредба 1 на МЗ, чл. 7), самостоятелно извършване на делегирани от лекарската практика рутинни медицински дейности. В някои структури, където фелдшерите са в екипна дейност с други професионалисти по здравни грижи, длъжностната им характеристика, в съответствие със статута им на специалисти по здравни грижи, не винаги е съобразена с квалификационната, което създава затруднения в практикуването на фелдшерите, в съответствие със специфичната професионална компетентност, с последващо отношение към обслужването на пациентите.

Резултатите от проучването (представени на фиг. 14) са категорични по отношение „удовлетвореност от нормативната рамка“:

Прави впечатление сумарно високият брой на неудовлетворени - 75 практикуващи (74%), формиран от:

- 53 фелдшери „неудовлетворени“ (52%) и
- 22-ма (22%) „силно неудовлетворени“ професионалисти, работещи във всички структури на здравната система, (фиг.14)



Фиг.14 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на нормативна рамка

Удовлетвореност от възможността за автономно вземане на професионални решения в рамките на компетентността. Компонент 5

Правото на автономна дейност под „лекарски надзор“ и неудовлетвореността от нормативната рамка, принципно определяща и гарантираща професионалните правомощия, провокира интерес по отношение удовлетвореност от възможността за автономни професионални решения на фелдшерите, в съответствие с професионалната квалификация. С изследването установяваме, че най-голям е броят на „неудовлетворените“ – 35 фелдшери (35%), а „силно неудовлетворени“ са 6-ма (6%).

Като „нито удовлетворени/нито неудовлетворени“ се определят двадесет и четирима (24%) от практикуващите професионалисти , а „удовлетворените“ и „силно удовлетворените“ съответно: 33-ма (33%) и 4-ма (4%), (фиг.15).



Фиг.15 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на автономни решения

Удовлетвореност от зачитането на професионалното мнение на фелдшерите в екипа, в който работят. Компонент 6

Сумарно процентът на кадрите с усещане за удовлетвореност по компонент 6 – „удовлетвореност от зачитането на професионалното мнение в екипа“ е висок - 81%, съответстващ на 81 професионалисти, формиран от:

- „силно удовлетворените“ – 8 (8%) и
- „удовлетворените“ – 73-ма професионалисти (73%),

работещи във всички структури на здравната система, в които кадрите с квалификация „фелдшер“ реализират професионална дейност.

В хода на проучването установяваме, че с отношение към задържането на професионалистите на работа в ДПБ „д-р Георги Кисьов“ гр. Раднево, въпреки трудностите от различно естество, е зачетеното им в екипната дейност мнение, уважението, добрата и колегиална атмосфера.

От респондентите - 10 или (9%) се оценяват като „нито удовлетворени/нито неудовлетворени“ от зачитането на професионалното им мнение, а 11 са

фелдшерите (10%) с негативна оценка - „неудовлетворен“ по отношение на изследвания компонент, (фиг.16).



Фиг. 16 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на зачетено мнение в екипа

На таблица № 13 са представени средната стойност и стандартното отклонение за компонентите на удовлетвореността от работата

Табл.13

Степен на удовлетвореност	работно време	реализация на професионална компетентност	обем задължения	нормативна рамка	автономни решения	зачетено мнение в екипа
5 силно удовлетворен	12	6	4	1	4	8
4 удовлетворен	75	42	32	5	33	73
3 нито удовл./нито неудовл.	9	26	35	21	24	10
2 неудовлетворен	4	26	29	53	35	11
1 силно неудовлетворен	2	2	2	22	6	0
$\bar{x}$	3.89	3.24	3.07	2.12	2.94	3.76
SD	0.73	0.96	0.91	0.83	1.03	0.74

Резултатите от изследването на удовлетвореността на фелдшерите от компонентите на работа обобщаваме така:

- ❖ Фелдшерите са най-удовлетворени от работното време ($\bar{x}$ 3.89) и от зачетено мнение в екипа, в който работят ($\bar{x}$ 3.76);

- Реализацията на професионалната компетентност е другият компонент, който в съответствие с ($\bar{x}$ 3.24) определя степен на удовлетвореността на професионалистите по-голяма от $\bar{x} = 3$ и медианата = 3 (степен - нито удовлетворен/нито неудовлетворен);
- По отношение „обем задължения“ ($\bar{x}$ 3.07) удовлетвореността на фелдшерите клони почти към степента „нито удовлетворени/ нито неудовлетворени“;
- Най-голяма е неудовлетвореността на кадрите от нормативната рамка ($\bar{x}$ 2.12), която ограничава и създава затруднения по отношение реализиране на професионалните дейности;
- Неудовлетворени са практикуващите фелдшери и от възможността за вземане на автономни решения ($\bar{x}$ 2.94).

Морално-етични измерения на професионалната реализация на фелдшерите – доверие, признание, нагласи за напускане, нагласи за възпроизвеждане на професията чрез рекрутиране на значими близки и познати.

Доверие и признание за труда на фелдшерите през погледа на практикуващите професионалисти

Доверието по своята същност е етична категория. То е душевна нагласа, основана на силата да вярваш в нечия искреност, честност, добросъвестност, коректност.

В междуличностните отношения доверието притежава мощен психологически потенциал, трансформиращ чувства и отношения. То е онова състояние на човешкия дух и мисъл, което се гради, печели, поддържа – често пъти дълго и трудно, но лесно и за миг се руши.

„Да ти имат доверие е по-голям комплимент, отколкото да бъдеш обичан“.

Джордж Макдоналд

В изследването ние поставяме във фокуса на внимание доверието и признанието на труда на фелдшерите. Чрез въпроси с морално-етичен контекст проучваме оценката на професионалистите за доверието на пациентите към тях и признанието на труда им от колеги, пациенти и техните близки, от обществото като цяло.

Фелдшерите от изследваната група изразяват собствената гледна точка и субективно разбиране.

Оценка на доверието

С отговора на въпроса „*Как оценявате доверието на пациентите Ви*“ практикуващите фелдшери изразяват собственото мнение за доверието на пациентите към труда им.

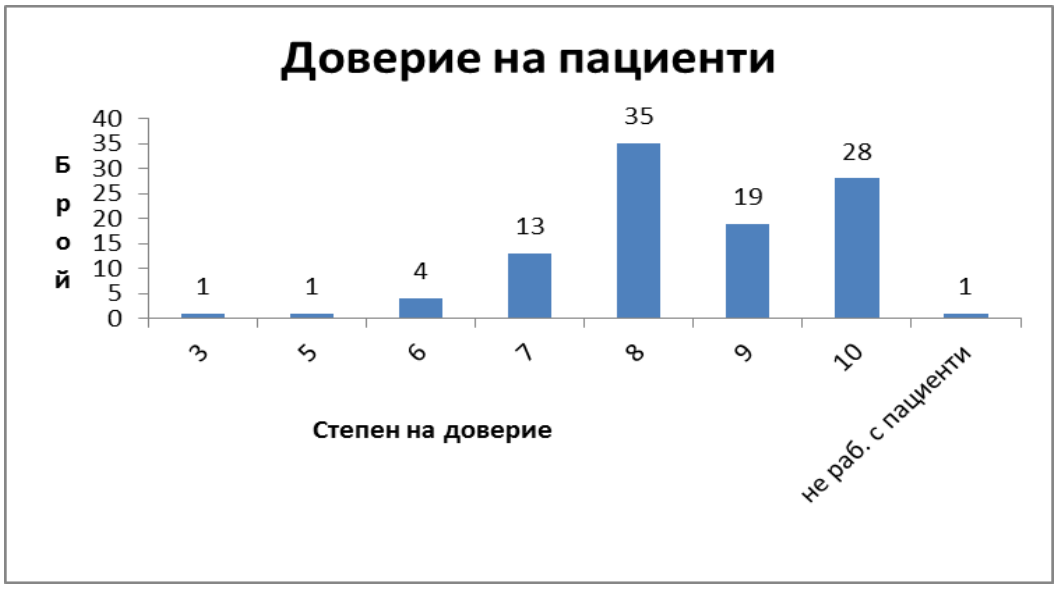
За оценка на доверието се използва 10-степенна скала - в диапазона от:

1: „нямат ми никакво доверие“ до 10: „имат ми пълно доверие“.

- Преобладаващата част от фелдшерите – 83-ма (81,37%) от 102 участващи в проучването, дават оценка на доверието, която се движи между 7-ма и 10-та степен, т.е. по-високия диапазон на скалата.
- Не малък е броят на фелдшерите – 28 (27,45%), които определят доверието на пациентите към труда им с най-високата оценка: 10 „имат ми пълно доверие“, (фиг. 17).

Резултатите позволяват да обсъждаме степен на високо доверие на пациентите към изследваната група професионалисти, като не бива да забравяме субективния момент на самооценяването.

Високите оценки, с които фелдшерите се самооценяват, могат да се обсъждат като индикатор за удовлетвореност на респондентите по отношение доверие на пациентите към тях.



Фиг. 17 Брой професионалисти и личното им виждане за степен на доверие от пациентите

Признание на работата на фелдшерите. Оценка на признанието.

С въпроса „*Работата на фелдшера ползва ли се от признанието на лекари, пациенти и близки, както и на обществото като цяло*“, изследваме мнението на професионалистите за признанието на труда им.

Приложена е 4-степенна скала за оценка, като оценяването се основава на личното усещане на фелдшерите за възприемането им като професионалисти и зачитане на техния труд, за уважение и ценене на личността.

Оценка за признание от лекарите:

- Повече от половината от изследваните фелдшери (51%), определят признанието на техния труд от лекарите като „отчасти“, съобразно скалата за оценка на признание;
- Висок е процентът (29%), с които професионалистите определят отсъствието на признание от лекарското съсловие;
- Само 16% от фелдшерите отговарят с „да“, тоест имат признание на труда;

- Съобразно скалата, с оценка „не мога да преценя“ са 4% от практикуващите фелдшери, (фиг.18).



Фиг. 18 Признание от лекарите

Установява се статистически значима връзка между изразената оценка за признание на труда от лекарите и общата удовлетвореност на фелдшерите от професията, представена алтернативно като „общо удовлетворен“ и „общо неудовлетворен“.

- Всички статистически зависимости, коментирани в монографичния труд, се позовават на резултати, обстойно представени в дисертационния труд: Професиите „Медицински фелдшер“ и „Лекарски асистент“ в България – историческо развитие, съвременно обучение и реализация.

За статистическата обработка на данните е изградена база данни с използването на Microsoft Excel 2010 и програмата Statistica 10. (http://www.statsoft.com)
Приложени са основни методи за математико-статистически анализ: описателна статистика на качествени и количествени променливи, непараметрична линейна корелация, тестове за проверка на хипотези.
Графиките, диаграмите и таблиците са разработени в Microsoft Excel и прехвърлени в Microsoft Word с превод на български за удобство.

Оценка за признание от пациентите и техните близки

С резултатите от изследването установяваме, че практикуващите фелдшери виждат признание на своя труд от страна на пациентите.

- С „да“ отговарят 74%;
- Оценка „отчасти“ посочват 18% от професионалистите;
- Прави впечатление ниският процент (3%) на оценката за отсъствие на признание;
- С „не мога да преценя“ отговарят 6% от респондентите.

Оценката за признание на труда от пациентите и техните близки, основана на личното усещане на фелдшерите за възприемането им като професионалисти и зачитане на техния труд, е представена с фиг.19.



Фиг. 19 Признание от пациентите

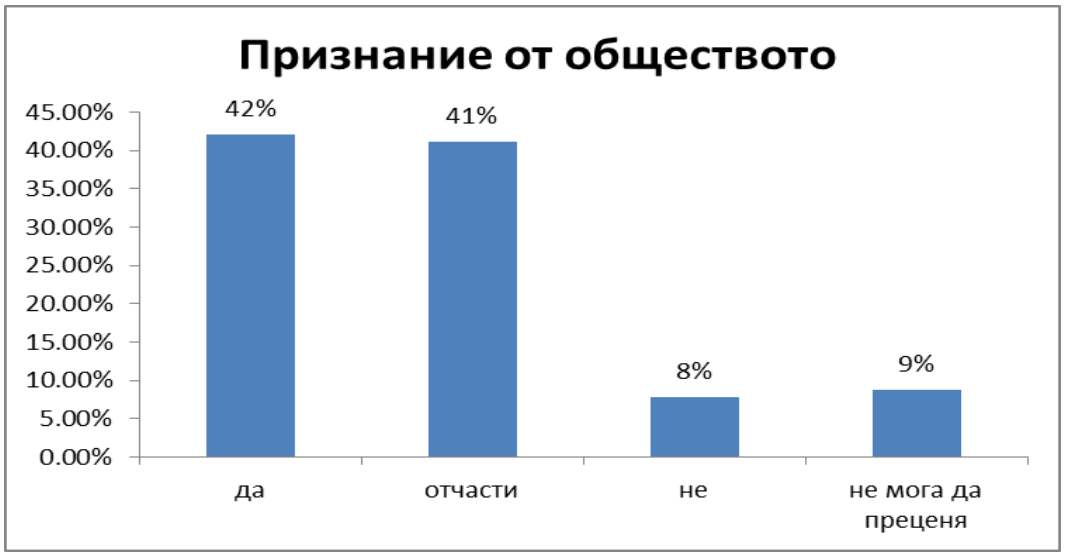
Оценка за признание от обществото

Резултатите от изследването:

- „Да“ – има признание на труда от обществото – мнението на 42% от фледшерите;
- С оценка „отчасти“ определят признанието 41% от интервюираните;
- Само 8% приемат, че трудът им няма признание от обществото;

- 9% от фелдшерите са с оценка от скалата „не мога да преценя“, (фиг.20).

Признанието на труда от обществото, определено от фелдшерите с оценка „отчасти“ (41%), е в съответствие с редуцираните и трансформирани работни места за фелдшери, с последваща ограничена професионална реализация, което прави специфичната им дейност непозната за по-младото поколение.



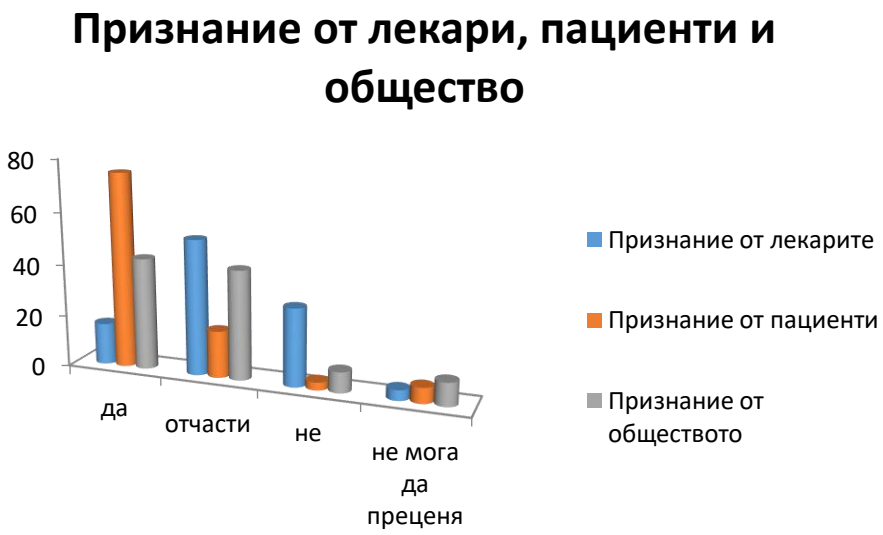
Фиг. 20 Признание от обществото

Табл. №14 обобщава оценката на признание на труда от лекари, пациенти, техните близки и обществото, по мнение на практикуващите фелдшери. фиг. 21 графично изображение на признанието на труда

Табл.14 Признание към труда на фелдшерите

Признание на труда от:	Оценка на признание			
	Да	Отчасти	Не	Не мога да преценя
лекари	16%	51%	29%	4%
пациентите и техните близки	74%	18%	3%	6%
обществото	42%	41%	8%	9%

Ниските резултати в изследването с оценка “не мога да преценя“ (4% за признание от лекарите, 6% от пациенти и 9% за признание от обществото) са свързани с естеството на работа на някои професионалисти – отсъствие на контакт с пациенти, а за някои и с лекари.



Фиг. 21

Обобщение:

1. Преобладаващо, 81,37% от респондентите в проучването дават висока оценка на доверието на техните пациенти (в диапазона между 7-ма и 10-та степен по скалата).
2. С изследването установяваме, че най-високо е усещането на фелдшерите за признание на труда им от пациентите (74%), следвано от признанието на обществото като цяло (42%) и с най-ниска степен на усещане за признание - от лекарите (16%).
3. Следва да подчертаем значението на установената статистически значима връзка между оценката на признанието на труда от лекарите и общата удовлетвореност от професията. Тя е показателна за особената роля на взаимодействието с лекаря, стоящ най-близо до фелдшера, в неговата професионална работа. С този резултат се очертава важността на въпросите, имащи морално-етичен характер и определящи моралните измерения на професионалния труд, с

наслагвания в условията на преход в обществената система, цялостна криза – социална, икономическа, политическа, ценностна. Радикалната реформа в здравеопазването в условията на пазарна икономика неминуемо дава своето отражение върху професионалния труд на тази категория професионалисти, тяхната оценка на признанието и усещането за обща удовлетвореност от професията.

Нагласи на практикуващите за напускане на професията

Изследователи на кариерното развитие отбелязват в проучванията си, че хората предприемат обрати в кариерата си и проявяват склонност за смяна на работни позиции. В основата на желаните промени стои целта - това, което хората желаят да постигнат и ги кара да се чувстват удовлетворени. Фелдшерите в България са имали много предизвикателства предполагащи професионално разочарование и неудовлетвореност. Същевременно, редица изследвания доказват, че разочарованието от работата и стресът вървят ръка за ръка и са сред основните причинители на здравословни проблеми, а това е сериозен мотив за смяна на професионалната дейност. Паралелно с това, в условията на демокрация, възможностите за труд с добри финансови приходи не са малко.

С въпроса „*Мислили ли сте за смяна на професията с каквато и да е друга“* изследваме нагласата на фелдшерите в условията на „професионални затруднения“.

Резултатите:

- 64-ма от интервюираните (63%) отговарят „определено не“;
- 25-ма професионалисти (24%) посочват в изследването отговор „да, но не особено сериозно“.
- 13 от практикуващите фелдшери (13%) споделят сериозни намерения за смяна на професията, (фиг.22).



Фиг. 22 Нагласи за смяна на професията

От данните на НСИ прави впечатление, че след стартиране на здравната реформа само за няколко години числеността на фелдшерите осезаемо е намаляла : 1995 г. - 6885 фелдшери, 2000 г. - 3158, 2001 г.- 2334, 2002 г. - 1972 фелдшери. Анализирайки фактите имаме основание да предположим, че от началото на реорганизацията в здравеопазването до нашето проучване (като изключим обективни фактори – пенсиониране, заболяване, починали - с отношение към числеността), вероятно немалък брой фелдшери са се отказали от професията и напуснали системата, търсейки нови възможности за реализация.

Това дава основание отговорът „определено не“ на въпроса за смяна на професията, получен от 63 % от практикуващите професията фелдшери, да разглеждаме като категоричен, съобразявайки, че професионалистите са устояли във времето на всички предизвикателства.

От интервюто разбираме, че професионалистите (24%) отговорили „да, но не особено сериозно“ по отношение мисли за смяна на професията са реагирали емоционално, провокирани от професионални предизвикателства. По думите им „не са имали сериозни намерения“ за смяна на професията.

Нагласи за възпроизвеждане на професията чрез рекрутиране на близки и познати.

Лекарските асистенти в България са първоприемници и последователи на фелдшерите, като сходен професионален модел кадри.

Дали практикуващите фелдшери имат нагласи за „възпроизводство“ на професията чрез лекарските асистенти в отговор на преживените професионални трудности, чрез рекрутиране на близки и познати, е логичен въпрос.

В проучването изследваме нагласите на практикуващите фелдшери с въпроса: „*Бихте ли посъветвали Ваши близки и познати да изберат специалност „Лекарски асистент“, като аналог на фелдшерите за своя бъдеща професия?”*.

Отговорът на този въпрос, за нас като изследователи, е критерий за оценка значимостта и признанието, които самите фелдшери отдават на професията.

В отговор на въпроса установяваме:

- 66 професионалисти (65,69%) отговарят с „да“.

Тоест повече от половината респонденти от изследваната група са склонни да препоръчат професията на близки хора;

- 36 от респондентите (34,31%) не биха препоръчали професията на свои близки.

Съобразно нашия критерий за признание и значимост на професията по мнение на практикуващите чрез оценката за препоръчване на професията, трябва да отбележим, че има респонденти, които имат позитивна нагласа към професия „фелдшер“, но не биха я препоръчали от съображения – по думите им „*преживени неудобства, които искаме да спестим на своите близки хора*“. Установените чрез интервюто подобни нагласи на респондентите се потвърдиха статистически. Между това, дали са готови да

препоръчат професията на друг и общата им удовлетвореност от професията не се установи статистически значима връзка.

Несъответствие между очаквания от професията и реалността

С въпроса: *„В каква степен Вашите очаквания от професията се разминават с реалността“*, изследваме оценката на практикуващите фелдшери за несъответствие по отношение очаквания от професията и реалност. Използваме петстепенна скала със следните степени за оценка: много силно разминаване; силно разминаване; нито силно, нито слабо; слабо разминаване; много слабо разминаване.

Резултатите:

- 52-ма (51%) - повече от половината практикуващи фелдшери от участвалите в изследването 102 определят разминаването между очаквания и реалност в съответствие със скалата като „силно“ (4-та степен по скалата);
- 1 практикуващ (1%) - като „много силно разминаване“ (5-та степен по скалата).
- 19 респонденти (19%) с оценка „нито силно, нито слабо“ разминаване;
- 26 (25%) – определят несъответствието като „слабо разминаване“;
- 4-ма (4%) – „много слабо разминаване“.

Между разминаванията в очакванията от професията и реалността и общата удовлетвореност от професията се установява „силна“ статистически значима връзка.

Обща удовлетвореност от професия „фелдшер“

Професионалната удовлетвореност се дефинира от съвременните експерти като понятие, което описва степента на задоволеност (щастие) на индивида от работата и работната среда, като всички аспекти на съответната длъжност допринасят за формиране чувството на удовлетвореност или неудовлетвореност. В нашето проучване изследваме личностната преценка на фелдшерите по отношение професионална дейност и преживявания в нея. Професионалистите, съобразявайки чувства и нагласи с отношение към всички аспекти на дейността, оценяват удовлетвореността си по двустепенна алтернативна скала. [29] В съответствие с нея избират между отговорите:

„Общо удовлетворен“ или „***Общо неудовлетворен“*** от професията.

Резултатите от проучването показват:

- 50 от практикуващите фелдшери (49,02%) в област Стара Загора се определят като „общо удовлетворен“ от професията.
- 52 от респондентите (50,98%) - като „общо неудовлетворен“. (фиг.23)



Фиг. 23 Удовлетвореност от професията

Общата удовлетвореност на медицинските фелдшери от професията е представена с табл. № 16, в която удовлетвореността е разпределена според основните дейности на професионалистите респонденти в проучването.

Табл. 16 Удовлетвореност в съответствие с дейностите

Удовлетвореност според дейностите	**Общо удовлетворен**	**Общо неудовлетворен**
с диагностично-лечебна насоченост Практикуващи в: ЦСМП; ПИМП; ДПБ; СИМП (ДКЦ и МЦ) Хоспис; Ведомствена здравна служба.	**38 (54,29 %)**	**32 (45,71 %)**
с промотивна, профилактична и контролна насоченост Практикуващи в: УДЗ и РЗИ	**15 (46,88%)**	**17 (53,12 %)**

Обсъждайки факторите, които вероятно биха имали отношение към формирането на общата удовлетвореност от професията, установяваме:

- Между типа дейност (с диагностично-лечебна насоченост и промотивна, профилактична и контролна) и общата удовлетвореност от професията не установяваме статистически значима връзка.
- Между общия трудов стаж (представен като стаж до 30 г. и стаж над 30 г.) и общата удовлетвореност от професията не се установи статистически значима връзка.
- Между трудовия стаж на настоящето работно място (представен като стаж до 20 г. и стаж над 20 г.) и общата удовлетвореност от професията не се установи статистически значима връзка.
- Не се установи статистически значима връзка между професионалния маршрут на практикуващите фелдшери (представен като практикуване на професията на едно-две работни места през цялата

кариера, на три, четири и повече работни места) и общата удовлетвореност от професията.

- Не се установи статистически значима връзка между общата удовлетвореност на фелдшерите от професията и характеристиката „пол“.

Обобщение по отношение „обща удовлетвореност“ от професията:

1. При алтернативното определяне на общата удовлетвореност от професията, респондентите – 102-ма, се разпределят почти поравно, определяйки се като: „общо удовлетворени“ - 50 и „общо недовлетворени“ - 52.
2. Не установяваме статистически значима връзка между общата удовлетвореност на фелдшерите от професията и факторите:

- Професионален маршрут;
- Общ трудов стаж;
- Работа на настоящо работно място;
- Характеристика „пол“.

3. От значение е установена статистически значима връзка между:

- изразената оценка на признанието на труда от лекарите и общата удовлетвореност на фелдшерите от професията;
- оценката за разминавания в очакванията от професията и общата удовлетвореност на фелдшерите от професията.

Информираност на фелдшерите за нормативно предоставената им възможност за бъдеща професионална дейност като лекарски асистенти

Реализацията на лекарските асистенти в бъдеще, като последователи на медицинските фелдшери, изисква промяна в нормативните документи, като професия „Фелдшер“ бъде заменена с „Лекарски асистент“. В някои документи промяната вече е факт:

Чл. 17а (1) ЗЛЗ (изм. и доп. ДВ., бр. 72 от 2015г.) *В медицинския, медико-денталния и диагностично-консултативния център могат да се разкриват звена, в които* ***лекарски асистенти****, медицински сестри или акушерки самостоятелно оказват здравни грижи.*

Отсъствието на професия „Фелдшер“ в текстовете на нормативните документи, обаче би създало проблеми в професионалната дейност на работещите все още в системата медицински фелдшери, в случаите, когато фелдшер трябва да практикува на ново работно място, обявено като длъжност за лекарски асистент. За преодоляване на тези неудобства настоящото законодателство осигурява възможност на фелдшерите за работа с §2в, ал. 1 и 2 от преходните и заключителни разпоредби на ЗЗ (ДВ. бр. 98 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.). Статутът на заварените случаи – практикуващи фелдшери, е приравнен със статута на лекарските асистенти по отношение възможности за практикуване.

(1) *Фелдшерите, които имат права по §32, ал. 2 и 3 от преходните и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗВО (ДВ., бр. 41 от 2007 г.), да се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл. 42, ал. 1, т. 1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от две години през последните 10 години.*

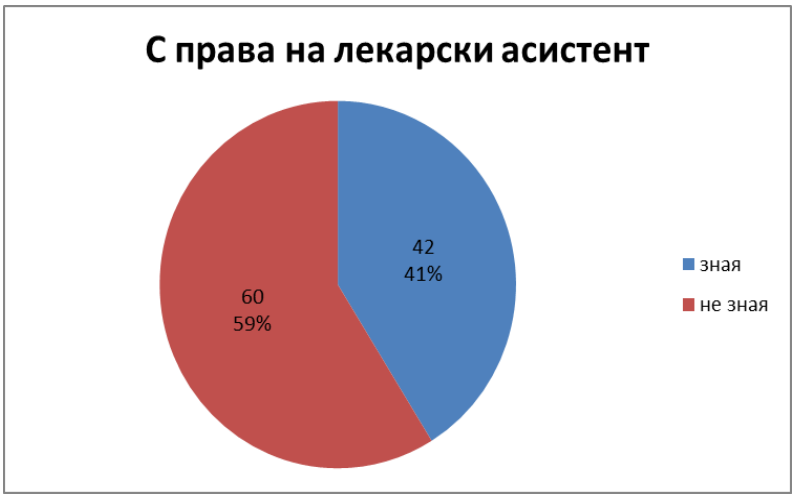
(2) *Фелдшерите, които имат права по §3 от преходните и заключителни разпоредби на ЗСОМСАМС, се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл. 42, ал. 1, т. 1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от три години през последните 10 години.*

С въпроса: „*Знаете ли, че в бъдеще можете да упражнявате професионална дейност, ползвайки се с правата на лекарски асистенти?*“ изследваме информираността на практикуващите фелдшери в посока предоставената им възможност за бъдеща практика.

Резултатите показат:

- 42-ма фелдшери (41%) са информирани за ползването им с права на лекарски асистенти по отношение възможност за професионална дейност.
- 60 практикуващи (59%) от изследваната група се информираха за възможността в процеса на интервюиране, (фиг. 24).

Разглеждаме процента на информираните (41%) като немалък, предвид възрастовата структура на практикуващите към момента на проучването фелдшери, предполагаща неголяма активност по отношение информация относно бъдеща професионална реализация.



Фиг. 24 Информираност на фелдшерите за ползването им с права на лекарски асистенти

Мнението на фелдшерите в свободен отговор на въпроса:
„Желаете ли да ни кажете още нещо за работата на фелдшерите?“

В емпиричното социологическо проучване изследваме мнението на фелдшерите за работата им с предоставена възможност за свободен отговор на въпроса: „*Желаете ли да ни кажете още нещо за работата на фелдшерите?“*

По-голямата част от интервюираните се възползват от възможността, изказвайки задоволство от проявения интерес към тяхната лична позиция по въпросите с отношение към професионалната им реализация с възможност за свободен отговор. Желанието, с което респондентите откликват на поканата, дава основание да мислим, че практикуващите дълго време са чакали такава възможност. Още в момента на поканата им за провеждане на интервюто по-голяма част от тях реагират с изказването: „Най-сетне някой се позаинтересува и от нас като професионалисти. Малко е късно, защото вече сме на изчезване“.

В свободния отговор респондентите коментират различни професионални проблеми, всеки воден от своите лично преживени в хода на професионалната дейност изпитания и мнение по въпросите.

За да бъдем коректни като изследователи, по отношение резултата от изследването по този въпрос, представяме някои цитати от личните мнения на професионалистите, които обобщаваме в няколко направления формулирани от респондентите, в съответствие с отговорите на въпроса: „*Желаете ли да ни кажете още нещо за работата на фелдшерите?“*

Темите с изказано лично мнение, които практикуващите фелдшери най-често коментират: Професионален статут, професионална дейност, продължаващо следдипломно обучение и специализация, съсловна

принадлежност, доверие, признание и престиж на професията. Представяме ги чрез цитати на респондентите:

Професионален статут

- „Обезличиха ни като професионалисти с този статут. Това е важно не само за нас, но и за обслужването на пациентите“.
- „Фелдшерите не сме това, което бяхме преди години“.
- „Ние работихме в едно друго, по-добро време, когато се чувствахме професионалисти“.
- „Знаеш“ и „можеш“ в съответствие с квалификацията, но парадоксално „нямаш право“ съобразно нормативните правомощия!
- „Някои от законотворците поставят знак за равенство между професиите фелдшер и парамедик, което е недопустимо. Как тогава да приемеш за разумни разписаните от тях нормативни решения, определящи професионалната ти дейност?“
- „Когато вземат противоестествени на реалността решения и се разписват безумни нормативни изисквания, управниците всъщност сами създават условия за нарушения и нерегламентирани дейности“.
- „Възмутен съм от политиката към нас - фелдшерите. Когато се отзовавам на домашно повикване в отсъствието на лекаря, за да овладея хипертонична криза или астматичен пристъп, това не е грижа, а медицинска дейност. Какво да правят хората по селата, където няма лекарски практики - да умират, само защото няма лекар, а фелдшера който е там не може да им помогне поради забраната от хартийките. Зад това не стои защита на качеството на обслужване“.
- „Ние сме със специфична квалификация и практикуваме базисни медицински дейности под лекарско наблюдение. Това ни отличава от останалите професии в направление „здравни грижи“.

- „Нас ни има в системата, а няма длъжности за фелдшери! Защо трябва да работим на други длъжности - що за политика е това?“
- „Похвално е решението да се ползваме на практика с права на лекарски асистенти, което ще ни позволи да практикуваме и в бъдеще“!

Професионална дейност

Професионалисти практикуващи в ПИМП:

- „За да бъдем ефективни като професионалисти трябва наистина да ни се даде възможност да практикуваме това, за което сме подготвени и можем реално да правим“.
- „Къде е политиката на ефективно използване на трудовия ресурс?“
- „Преди здравната реформа имахме повече и разумни правомощия. Когато с времето натрупахме опит, станахме според политиците и разписаните от тях правила „некадърни“ за оказване на качествена помощ, на която уж пациентите имат право“.
- „Много пъти в практиката си съм показвала на начинаещи лекари аускултаторна находка, която по изказванията им никога не са чували, но право на автономна дейност – нямам. Аз не съм безотговорна и не бих надскочила възможностите си. Не мога, обаче, да приема за логично да стоя и да не помогна на пациент заради ограничения на хартия, когато знам и мога и пациентът очаква помощ от мен“.
- „Ние трябва да можем да работим самостоятелно при строго определени правила. Нали се говори за пазарна икономика и всички трябва да сме равни на пазара на труда. Простичко е - този който не знае и не може няма да бъде търсен и ще остане без работа – ето пазарния механизъм в действие“.

- „През целият си трудов стаж съм се чувствала недооценена от висшия медицински персонал. Доволни от работата ми, което е изказвано многократно, включително и с награди, но ограничавана в професионалната дейност. Причината – страх от отнемане на работни възможности. Лекарите се чувстват застрашени и не желаят да съществуваме като професионалисти“.
- „Пациентът не трябва да се подценява. Той знае кой е лекар, кой фелдшер, медицинска сестра. Нека сам решава към кого да се обърне за помощ, защото за него важното е да можеш да му помогнеш, а не какъв си!“
- „Ние трябва да имаме право на договорни отношения с НЗОК за извършване на дейности според квалификацията ни. Нека методичното ръководство или надзор на лекар, както там му казват, да си го има. При съвременните технически възможности това не може да е проблем“.
- „Ако имах възможност да сключа договор с НЗОК, за работа съобразно моята компетентност, бих отишла с удоволствие да работя в някое малко родопско селце, където хората са без медицинско обслужване. Сега не мога да реализирам тази моя идея без регистрирана лекарска практика“.

Работещи в ДПБ

- „Назначени сме на длъжност „фелдшер“, но дейността ни не е съобразена с квалификацията. Извършваме несвойствена работа, включително и задължения на санитар. Отсъствието на работни места съобразени с професионалната ни квалификация и необходимостта от доходи ни кара да останем на работа в структурата“.

Работещи в Спешна медицинска помощ:

- „Чувствам се разочарован от политиката към нас като съсловие. Подготвени сме добре, а не ни използват пълноценно, особено в днешните условия на недостиг на кадри“.
- „Единствено се радвам на благодарността на хората, които съм обслужвала като пациенти. Тяхната оценка е справедлива. За съжаление няма кой да ги чуе. Мисля, че преди да ни бяха спрели подготовката като кадри, логично беше да се проследи чрез проучване оценката на пациентите за нашата дейност. За мен такава трябва да е политиката, ако се мисли за интересите на пациентите“.

Професионалисти от УДЗ:

- „Превърнаха ни в регистратори на здравна информация и не можем реално да отговорим на потребностите на обслужвания от нас контингент“.
- „Не се чувствам пълноценен професионалист, когато в училище не мога да поставя инсулин на диабетно болното дете, поради профилактичния статут на дейността, който ми забранява лечебна дейност“.
- „Как да окажеш помощ в състояние на спешност в училищния здравен кабинет, когато поради статута на дейността не разполагаш с медикаменти. Какъв е смисълът на квалификацията и уменията, които имаш, когато не можеш да ги приложиш“.
- „Всички, включително и контролните органи от РЗИ знаят, че най-ефективна е имунизационната дейност провеждана в училищните кабинети, но някои истини се пренебрегват заради съсловни интереси“.

Продължаващо следдипломно обучение и специализация

- „Късно ни се предостави възможност за специализация. А доколко специализирането в областта на грижите е съобразено с медицинската ни подготовка – не се знае. Ние все пак не сме медицински сестри нищо, че сме поставени в направление здравни грижи, където всъщност не ни е мястото.“
- „Учих УЗГ, защото имах потребност от обучение, но решението ми бе резултат от отсъствието на възможност за обучение по клинична специалност, която предпочитам“.
- „През изминалите години посещавахме курсовете, когато имаше такива, като възможност за повишаване на квалификацията, но не всички бяха съобразени с нашите професионални потребности, предвид специфичната ни подготовка. Самите курсове като възможност бяха не планови, а по-скоро кампанийни“.
- „Обективно нямахме възможност през годините за следдипломна квалификация, а кариерно развитие – никакво“.

Съсловна принадлежност

- „Не съм усетила защита на правата ми като професионалист от съсловната организация. Плащам членски внос и се питам – защо? Да, има закон, но този закон освен да ме задължава, трябва да има и смисъл за мен като професионалист“.
- „Аз съм фелдшер и не искам да ме определят от организацията като асоцииран специалист“.
- „Фелдшерското съсловие трябва да има самостоятелна организация и свое легитимно представителство пред институциите. Аз като професионалист имам право да избера това сам, а не да ми натрапват

ръководство със закон, без да ме питат и убеждават, че то се грижи за мен. Разбира се, говоря не само в личен план“.

Доверие, признание, престиж на професията

- „Професионалното ми мнение се зачита. Радвам се на уважението на колегите“.
- „Обичам работата си и не бих я заменил с друга дейност, въпреки предизвикателствата, пред които сме поставени като професионалисти“.
- „Лекарите ползват нашия професионализъм, но отношението им към нас е пренебрежително“.
- „Чувствам се обезличен като професионалист. Не бих искал разочарованието ми да изпитат други, особено близки и познати, когато в днешно време има толкова добри възможности за избор на професия“.
- Имаме признание от пациентите като професионалисти, което е най-важно. Политиката е преходна!“

Глава 5

От традицията и опита към иновацията на професия „Фелдшер“ чрез реализация на Проект „Лекарски асистент“

Успешността на дадена здравна система в голям степен зависи от кадровия ресурс, а обучението и създаването на медицински кадри е сложен и отговорен процес. С отношение към него са поредица от фактори:

- подбор на лицата бъдещи медицински специалисти спрямо тяхната обща култура, личностни качества и мотивираност за овладяване и практикуване на нелеката професия;
- изискванията на времето и обществените потребности;
- организация на образователния процес базиран на учебна методика с обучение по качествени учебни помагала и съвременни методи;
- наличие на опит в образователния процес и внедряване на международни постижения в обучението през призмата и в съображение със специфичните за конкретната страна изисквания и народно-психологическа чувствителност;
- добър преподавателски екип - с професионален опит и преподавателски умения;
- достатъчни финансови средства и материално-техническа база, в условията на която да се реализира теоретичната и практическа подготовка на кадрите при формирането на стройни и трайни знания, практически умения и професионално поведение.

Тези фактори определят високата цена за формиране на професионален кадрови потенциал, като водещ фактор от компонентите с отношение към успешна здравна система. Те провокират въпроси с отношение към традициите и опита в подготовката на здравни кадри и преустановеното обучение на медицински специалисти от професия с исторически доказан

принос в полза на обществото и то във време на кадрови дефицит в здравеопазването.

В този смисъл Управителният съвет на Сдружението на медицинските фелдшери (СМФ) в България след:

1. Анализ на здравното обслужване на населението в корелация с работата на кадрите от профил фелдшер ;
2. В съображение с формиращия се през последните години кадрови дефицит;
3. Отчитайки традициите и опита в обучението на здравни кадри в България;
4. Съобразявайки международните тенденции в обучението на кадри със сходен, разпознаваем и приложим за нашите условия профил в отговор на преустановеното от 1999 г. обучение на фелдшери предлага на Министерството на Здравеопазване „Проект на Концепция за професия Лекарски асистент". [56]

Интересът към специалност "Лекарски асистент" се основава на сходството в компетенциите на специалистите в страните, където се практикува професията (Канада, Холандия, Германия, Великобритания, Австралия, САЩ, Тайван, Южна Африка и много други страни) и учебните програми включващи обучение по основни медицински дисциплини, клинична насоченост и голям практически стаж - характерно и за подготовката на фелдшерите в България. Важен фактор е международната разпознаваемост на професия "Лекарски асистент", утвърждаването ѝ в световен мащаб (през последните години активно и в европейските страни) с добри възможности за реализация и професионално развитие на кадрите.

Целта на проекта: Утвържадаване и регулация на професия „Лекарски асистент" (ЛА) в България - професия, приемник и наследник на професия „фелдшер", отговаряща на съвременните изисквания както в България, така

и в световен мащаб по отношение предоставяне интегрирана грижа за пациентите. [73]

Проектът определя професията като уникална, отличаваща се с гъвкавост, поливалентност и интердисциплинарност на подготовка на кадрите. Предлага завършилите началния базов курс на обучение да специализират в медицински направления, в които държавата има необходимст от квалифицирани медицински специалисти. [73]

Професия „Лекарски асистент“ се определя като професия отличаваща се от лекарската с изключителна практическа насоченост още в хода на обучението, по-малък хорариум и по-кратък период за обучение на кадрите – 4 год. Разпознаваема от сестринската по медицинската насоченост – извършване на рутинни медицински дейности, а не само здравни грижи, с компетентност за диагностика, лечение, профилактика и промоция на здраве под лекарска супервизия и самостоятелно. [73]

Със заповед на Министъра на здравеопазването на основание чл. 45, ал.1 и ал.2 от Закона за администрацията, чл.5, т.19 от Устройствения правилник на МЗ и във връзка с чл.175 и чл.183 от ЗЗ се определя работна група, с участието на представители на всички Медицински университети, Министерство на Образованието и Науката (МОН) и заинтересовани институции, включително и СМФ за „*Обсъждане на постъпилото предложение на СМФ и създаване на окончателен вариант на концепция за развитие на професията“*. [31]

В България обучението на студенти, специалност „Лекарски асистент“ стартира с решение на Министерския съвет през септември 2014 г. В Медицински университет (МУ), Факултет по Обществено здраве (ФОЗ) гр. София и Тракийски университет (ТрУ), Медицински факултет (МФ), гр. Стара Загора се осъществява първият прием студенти – лекарски асистенти. Подготовката на бъдещите професионалисти, като държавна политика, е по учебен план и програми съобразени с действащото законодателство в

Република България за обучение на медицински специалисти: Закон за висше образование (ЗВО), Наредба за Единните държавни изисквания (ЕДИ) за придобиване на висше образование с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ за специалност „Лекарски асистент“, Закон за здравето (ЗЗ), Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ), Наредба за прилагане на система за натрупване и трансфер на кредити във висшите училища, Директива 2013/55ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 20 ноември 2013 г. за изменение на Директива 2005/36 ЕО относно улесняване на свободно движение на медицинските специалисти и взаимното признаване на техните дипломи за професионална квалификация. [24, 28, 29, 54]

Относно питане на народния представител д-р Дариткова в 42-то Народно събрание за перспективите за обучение на лекарски асистенти в България Министърът на образованието проф. д-р Ан. Клисарова отговаря: *„МОН в изпълнение на своите законови функции участва активно в обсъждане на възможностите за развитието на специалността „Лекарски асистент”. В този смисъл се разглежда и възможността за включване на професия „Лекарски асистент” в Списъка на регулираните професии в РБ, (към онзи момент) с цел гарантиране качеството на обучение и практическа подготовка на студентите.* [97]

Обучението на лекарски асистенти в България, като държавна политика, е част от стратегията за преодоляване на възникналите през последните години недостиг и неравномерно разпределение на трудов ресурс в здравната система на страната, съобразявайки опита и традициите в подготовката на фелдшерите. [9] Логично дефицитът на медицински кадри изисква ефективно използване на лекарския ресурс. В този смисъл с реализирането на нормативно дефинираните медицински дейности, моделът „фелдшер/лекарски асистент“ осигурява практическа възможност на лекарите да насочат професионалния си капацитет към клинични случаи

изискващи по-високо ниво на компетентност по отношение диагностичен и лечебен процес, което определя фелдшерите и лекарските асистенти като икономически рентабилен за здравната система трудов ресурс.

Целта на проекта „Лекарски асистент“ е утвърждаване и регулация на професията в България. От 2016 г. „Лекарски асистент“ е професия, включена в регистъра на регулираните професии в страната, а от 01.01.2015 г. тя фигурира в Националния класификатор на професиите и длъжностите под код 2240, (6004) в групата „Парамедицински специалисти“ заедно със професия „Фелдшер“ [6, 7, 99] Терминологичното класифициране на групата „парамедицински“ не съответства на специфичната подготовка на кадрите, независимо от правилното описание на професионалните им правомощия в класификатора и се дължи на влиянието на Международната стандартизирана класификация на професиите, ISCO-08, на която предстои актуализация, предвид динамиката на процесите по отношение утвърждаване на професия „Лекарски асистент“.

❖ Професионалният старт на Лекарските асистенти в България ❖

До 2020 год. професионална реализация в здравната система на България осъществяват два випуска лекарски асистенти, като дипломираните в Медицински факултет Стара Загора млади професионалисти са 31. Резултатите от проучване (проведено през месеците март и декември 2019г.) показват, че 24 от тези 31 лекарски асистенти, са започнали професионалния си път в центрове и филиали на спешна медицинска помощ в страната. [17] Приложимата компетентност на лекарските асистенти в спешна помощ, в съчетание с първоначалните личностни нагласи за практикуване в структурата, логично определят СМП като приоритетно избирана от професионалистите от двата випуска за реализация, с усещане за удовлетвореност по отношение избор на работно място.

Респондентите ЛА са група млади хора, на които предстои преминаване през етапите на професионална кариера. Началото ѝ стартират с избор на работно място, с което свързват нагласите си за приложимост на специфичната компетентност, с последваща успешна професионална реализация в България. [96]

Отсъстващото регламентиране, до началото на 2020 г., на професионалните дейности на кадрите от специалността в Наредба 1 от 08.02.2011 г., определяща правото на професионална дейност на специалистите от направление „Здравни грижи“, провокира основателно безпокойство у ЛА по отношение успешна приложимост на квалификацията им на всички нива на здравната система. Напълно обяснимо е, че подготвени за тази професия, те очакват да имат възможности за нейното упражняване, включително и в системата на болничната помощ. Неслучайно назначаването на длъжност „лекарски асистент“ в болничните лечебни заведения не е достатъчно и удовлетворяващо професионалистите, когато длъжностната характеристика не регламентира право на дейности, съобразени с квалификацията. Това пояснява резултатите от изследването - малък брой ЛА (6-ма), практикуващи в болнични лечебни заведения с нагласа за смяна на работното място. [17]

Компетентността на ЛА предполага автономна дейност на професионалистите, в нормативно дефиниран обем, което е световна практика. За България това може да бъде успешното решение за преодоляване на съществуващите проблеми по отношение достъп на населението до Първична медицинска помощ, особено в отдалечени от големите градове населени места и селища с депопулация и застъряващо население, където няма регистрирани лекарски практики или функционирането на такива е икономически нерентабилно. Подобни нормативни решения са основателни, предвид подготовката на ЛА по

медицински модел, както и исторически доказания, от медицинските фелдшери, опит в първичната помощ.

Възможностите, които членството на България в Европейския съюз предоставя, за трансгранично движение и професионална реализация на медицинските специалисти следва да се съобразяват при определяне на нормативните регламенти за професионална дейност на лекарските асистенти в страната. В този смисъл логичен е коментарът на младите професионалисти за съобразяване на нормативната база за практикуване на кадрите от професията в България с европейската, включително и по отношение възможностите за последваща квалификация и специализация. Лекарските асистенти показват готовност да практикуват в страната, но отсъствието на адекватни нормативни решения за упражняване на професията би могло да е повод за професионална неудовлетвореност, с последващ в бъдеще отлив на специалистите от здравната система на България. Такива намерения респондентите заявяват в изследването. [17]

Анализирайки резултатите от проучването на професионалния старт на лекарските асистенти, дипломирани в МФ Стара Загора, се очертава необходимостта от незабавно нормативно регламентиране професионалната дейност на кадрите с квалификация „лекарски асистент“, с възможностите за последващо разкриване на работни места в различни структури на здравната система и ефективна професионална дейност на кадрите.

Стартиралият в България през 2014 г. проект „Лекарски асистент“, към настоящия момент, определяме като успешен. Този извод аргументираме с успешното представяне и отзивите по отношение на практикуващите млади професионалисти лекарски асистенти, с нарастващия интерес на младите хора към професията и стартиране на обучение по специалността (в учебната 2020/2021 г.) в други висши учебни заведения – Медицински

университет гр. Русе, Медицински факултет гр. Бургас и Медицински университет, Факултет по обществено здраве гр. Пловдив.

Послепис

Идеята и реализацията на монографичния труд бе подкрепена от много хора, които със съвети, информация, знания и опит станаха съпричастни и спомогнаха за проучване и обобщаване на историята на професия „Фелдшер“ и дейността на професионалистите в България. Затова

С УВАЖЕНИЕ И ПРИЗНАТЕЛНОСТ БЛАГОДАРЯ НА ВСИЧКИ!

Специални благодарности отправям към научните ми ръководители и рецензенти на този труд, проф. д-р Юлияна Маринова и доц. д-р Боряна Парашкевова за ценните професионални и творчески идеи, за оказаната подкрепа в процеса на работа. Благодаря им, че с личния си пример ме научиха да бъда взискателна и прецизна в работата си, да се стремя към обективност в анализа на процесите и се ръководя от етичните принципи и правила.

Сърдечно благодаря на колегите от УС на Сдружението на фелдшерите и председателя г-н Александър Александров за безрезервната подкрепа и вяра в успешния краен резултат на творческия труд – обобщил, за първи път в България, факти, събития и процеси с отношение към професия „Фелдшер“ и дейността на професионалистите.

Благодаря на всички колеги от лечебни и здравни заведения в област Стара Загора участвали в проучването и събирането на първичната информация, на студентите от специалност „Лекарски асистент“ в катедра „Здравни грижи“, МФ на ТрУ гр. Стара Загора за ентусиазма, с който участваха в проучването и откровеността на мненията им.

Благодарност отправям на господин Ангел Славчев за отзивчивостта, помощта и професионалната статистическа обработка на данните. Благодаря на проф. д-р Анна Толекова за безрезервната подкрепа.

Изказвам благодарност на свекърва ми – Нанка Врачева, за стиловата редакция на текста, като литератор. На моя баща – за обичта, силата на духа и опората, която ми дава.

И на края, но не на последно място, специално благодаря на моето семейство: на съпруга ми, д-р Валентин Врачев и синовете – д-р Петко Врачев и рехабилитатор Георги Врачев, за помощта и съпричастността към труда с идеи, съвети, мнения, техническа обработка на материали, за проявеното търпение и разбиране за времето, което посветих в работа. Без тяхната обич и подкрепа не бих успяла в научен план.

Дълбок поклон пред паметта на майка ми и моя свекър, които ме обичаха и винаги подкрепяха, дълбоко вярвайки в моята упоритост, творчески усилия и успех в работата ми.

П. Врачева



ПРОФЕСИОНАЛНА ВИЗИТКА
на автора

Пенка Врачева е родена на 10.03.1964 год. в град Карлово. Професионална квалификация „Фелдшер“ получава в Института за подготовка на здравни кадри „Христина Хранова“ - гр. Стара Загора. Дипломира се през 1987 г. като отличник на Юбилеен випуск, за което е удостоена с почетна значка.

Участва през 1987 г. в Национален конкурс под надслов „Най-добър млад фелдшер“- класирана на първо място.

От 1987 до 2014 г. е практикуващ фелдшер в: Здравна служба към ДЗУ в гр.Чирпан; Здравна служба на ТПК „Н. Й. Вапцаров“ в гр. Карлово; отдел „Здравеопазване и социални дейности“ към Община Стара Загора – училищен здравен кабинет. Петнадесет години е Председател на синдикална организация на медицинските специалисти, практикуващи в училищно и детско здравеопазване в гр. Стара Загора.

През 2009 г. в Медицински факултет - гр. Стара Загора получава образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалност „Управление на здравните грижи“, а през 2011 г. - ОКС „магистър“ в Медицински университет в гр. Пловдив.

През 2014 г. с конкурс е назначена на длъжност асистент в Медицински факултет - гр. Стара Загора, Катедра „Здравни грижи“, като част от екипа, обучаващ студенти по специалност „Лекарски асистент“.

През 2017 г. в Медицински факултет - гр. Стара Загора е удостоена с образователна и научна степен „Доктор“ за защитен дисертационен труд „Професиите Медицински фелдшер и Лекарски асистент в България – историческо развитие, съвременно обучение и реализация“.

Автор е на научни публикации в български и международни медицински издания. Статията „From feldschers to physician assistants in Bulgaria“ е

първия материал от български автор, публикуван в Journal of the American Academy of Physician Assistants, JAAPA.

Има принос за разкриване на обучението по специалност „Лекарски асистент“ в България с участие в работни групи към МЗ.

Като професионалист членува в: Сдружение на медицинските фелдшери, БАПЗГ, Българско научно дружество по обществено здраве и Съюз на учените в България.

Специализант е в Медицински факултет - гр. Стара Загора по специалност „Обществено здравеопазване“.

Използвани съкращения

ААРА - Американска Академия на Лекарските асистенти

АМА - Американска медицинска асоциация

БАПЗГ – Българска Асоциация на професионалистите по здравни грижи

ВМС - Висш медицински съвет

ВУЗ – Висше учебно заведение

ДВ - Държавен вестник

ЕС - Европейски съюз

ЕК - Европейска комисия

ЕДИ - Единни държавни изисквания

ЗЗ - Закон за здравето

ЗНЗ – Закон за народното здраве

ЗООЗ – Закон за опазване на общественото здраве

ЗЗО - Закон за здравното осигуряване

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

ЗВО - Закон за висшето образование

ЗСОМСААМС - Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти

ИПЗКССО - Институт за подготовка на здравни кадри със средно специално образование

ISCO - Международен стандартизиран класификатор на професиите

ЛА - Лекарски асистенти

ЛС - Лекарски съюз

МВР - Министерство на Вътрешните работи

МС - Министерски съвет

МФ - Медицински фелдшери

МОН - Министерство на образованието и науката

МНЗ - Министерство на народното здраве

МНЗСГ - Министерство на Народното здраве и социалните грижи

НЗСГ - Народно здраве и социални грижи

НЗ – Народното здраве

NAPA - Национална асоциация на лекарските асистенти

НЕПР – Национален електронен професионален регистър

НС - Народно събрание

НСИ – Национален статистически институт

НКПД - Национален класификатор на професиите и длъжностите

НЦЗИ – Национален център по здравна информация

ОКС - Образователно - квалификационна степен

ПМС - Постановление на Министерски съвет

ПМИ - Полувисш медицински институт

РБ - Районна болница

СМА - Световна медицинска асоциация

СМП – Спешна медицинска помощ

СМФ - Сдружение на медицинските фелдшери

СЗУ – Селски здравен участък

ТрУ - Тракийски университет

УЗГ - Управление на здравните грижи

УССМФ - Управителен съвет на сдружението на медицинските фелдшери

ФОЗ - Факултет по обществено здраве

ФЗП – Фелдшерски здравен пункт

ФСМП – Филиал на спешна медицинска помощ

ЦСМП - Център за спешна медицинска помощ

Библиография:

1. Аврамов, С., Петнадесет години средно медицинско образование в НР България, Среден медицински работник, 1959 г., № 6, с. 3-16;
2. Аврамов, С., Специалната и практическа подготовка на учениците от средните медицински училища, в. Здравен фронт, бр.23/ 07.06.1958, стр.3;
3. Андреев, А., Фелдшерското образование 1879-1944г., личен архив, съхраняван в архива на Медицински колеж гр. Стара Загора, 7;
4. Андреев, А., Проблеми на следдипломната квалификация на фелдшерите, които работят в областта на селското, работническото и детско-юношеското здравеопазване в Старозагорски окръг, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1985 г., брой 6, 39-44;
5. Андреев, А., Четиридесет години в служба на социалистическото здравеопазване, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1987 г., брой 4, 36-41;
6. Апостолов, М., История на медицината и социалното дело, София, 1994, стр.76-77, 80
7. Апостолов, М., История на медицината, Медицина и физкултура, София, 1992, стр.97, 100-102, 112, 116, 126
8. Апостолов, М., Пенка Иванова, История на медицината и сестринството, Горекс Прес, София, 1998г., стр.155-177
9. Аруети Нисим Леонов, Какво трябва да знаят фелдшерите, София, 1937
10. Архив на Сдружението на медицинските фелдшери
11. Божилова**,** К, Документи на българската здравна администрация, съхранявани в БИА и НБКМ;
12. Велев, В., Работата на фелдшера в санитарно-епидемиологичната

станция, Среден медицински работник, Наука и изкуство, 1952 г., книжка №5, стр.37-40
13. Вестник “Медицинска мисъл”, Гладстон, София, 1924 г. декември, кн.IV;
14. Вестник Медицински фелдшер, Орган на Софийското фелдшерско медицинско дружество, Закриване на санитарните участъци в страната, София, 3 май, 1901г.
15. Вестник Медицински фелдшер, Орган на Софийското фелдшерско медицинско дружество, Няколко думи по фелдшерския въпрос и въобще по санитарното дело у нас”, София, май 1901г.
16. Владимиров, П., Медицинското обслужване на селското население в НРБ, Среден медицински работник, 1967, № 5, с. 25-27
17. Врачева, П., Професионалният старт на лекарските асистенти от първи випуск на Медицински факултет, Стара Загора, Здравна политика и мениджмънт, 2019, том 19, №21 стр. 115-120
18. Временни правила за устройството на медицинското управление в България 1879 г., Български исторически архив, Национална библиотека „Кирил и Методий“
19. Георгиев, Г., Задачи, възможности и проблеми на обучението на медицински фелдшери, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, брой № 5, 1967, с. 41-43
20. Георгиевский, А. С., З. В. Мицов, Медицинската общественост и военната медицина в Освободителната война на Балканите през 1877-1878г.
21. Гълъбов, Г., Задачите на средните медицински работници при изграждане на социалистическото здравеопазване в нашата страна, Среден медицински работник, Наука и изкуство, 1952, 1, стр.3
22. Давидова, В., История на здравеопазването в България, София, 1956г., стр.92-93; 99-100; 120; 149

23. Давидова, В., История на медицината в България, Медицина и физкултура, София, 1980 г., стр.217; 219;
24. Директива 2013/55ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 20 ноември 2013 г. за изменение на Директива 2005/36 ЕО относно улесняване на свободно движение на медицинските специалисти и взаимното признаване на техните дипломи за професионална квалификация.
25. За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, 1888г./№ 16, съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, стр.651
26. За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, Указ 1889г./№2,съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд , Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, стр.652
27. За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, Указ 1891г./№ 179; Заповед 1892г./№ 6, съхранен в ДВИА гр. Велико Търново , Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, стр.652
28. Закон **за** висшето образование, Обн. ДВ., бр.112 от 27.12.1995 г., посл. изм. и доп. ДВ., бр. от 01.03.2016 г.
29. Закон **за** здравето (Обн. ДВ., бр.70 от 10.08.2004 г., в сила от 01.01.2005 г., посл. изм. ДВ., бр.103 от 27.12.2016 г.)
30. Законопроекти, 13.10.2016г., www.government.bg.
31. Заповед на Министъра на здравеопазването изход. №: РД-09-221/27.12.2013г. за работна група относно обсъждане на концепция за развитие на професия „Лекарски асистент”.
32. Захариев, И., В. Трендафилова, М. Захариева, Ролята и приносът на фелдшера в столичното здравеопазване от Освобождението да наши

дни, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1981 г., брой 3, 48-52;

33. Захариев, И., Историческото минало, настоящето и бъдещето на фелдшерското съсловие: Реферат, четен на XXVI редовен конгр. На съюза на санит. и ветер. персонал в България през м. юли 1930, София, 1932, ([София]: Гладстон) – 40с.
34. Историческа справка на общовойсковата медицинска школа, Документален архивен фонд, Държавен военно-исторически архив гр. Велико Търново;
35. Кайдъмов**,** И., Пораждане и първи стъпки на военно-санитарната служба в България 1877-1885 г., статия от 17.02.1946 г., стр.84, съхранена в Документален архивен фонд на Държавен военно-исторически архив гр. Велико Търново;
36. Коларов, П., Големите успехи на нашето социалистическо здравеопазване, Среден медицински работник, 1959, №7, стр.3-9
37. Константинов, Н., Здравеопазването в България 1944-1952 г., София, 2006 г.
38. Константинов, Н., Социалистическо преустройство на здравното дело в България 1944 – 1951 г., Медицина и физкултура, София, 1983 г., стр.132-133;
39. Костова, Д., Мястото на цеховите фелдшери в диспансеризацията на работниците от химическата промишленост, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1983 г., брой 7, 27-30;
40. Куртев, В., К. Страшимиров, Българо-руски и българо-съветски медицински връзки, София, 1982
41. Летописи БЛС, С., 1920, с. 60
42. Малеев, А., Медицинската наука и здравеопазването в НРБ, Медицина и физкултура, София, 1981г., стр.23-25
43. Медицинските фелдшери – завареното дете на реформата, Форум

медикус, 2008 г., бр. 26 / 30 юни
44. МЗ, Наредба 31 за специализация в системата на здравеопазване;
45. МЗ, Наредба 34 за специализация в системата на здравеопазване;
46. МЗ, Наредба №1 от 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. (Обн. ДВ., бр.15 от 18.02.2011 г., изм. ДВ., бр.50 от 01.07.2011 г.)
47. МЗ, Наредба №1 от 22.01.2015 г. за специализация в системата на здравеопазване.
48. МЗ, Наредба за ЕДИ за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“, „Акушерка“ и „Лекарски асистент“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“, раздел III “а“, специалност „Лекарски асистент“.
49. МЗ, Наредба №4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, Обн. Дв. бр. 21 от 20.03.2009 г., посл. изм. и допъл. Дв. бр. 68 от 15.08.2014 г.
50. МЗ, Развитие на Първичната здравна помощ в Република България, Европейска общност, Програма PHARE, 1997, с. 61.
51. Милчева, В., Ал. Алексиев, К. Патриков, Фелдшерът и двустепенното обслужване, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1984, брой 3, 24-26;
52. Митева, Ц., Работата на екипите на общопрактикуващия лекар – организационни и междуличностни аспекти. Дисертация за присъждане на научно-образователна степен “доктор”, МУ - Плевен, 2003 г.
53. МНП, Наредба № 0 -15/14.02.1974 г. за приемане на учащи се в средните медицински училища за уч. 1974/75 г.// Бюл. 8-9, 1974, 51-54.

54. Наредба № 21 за прилагане на система за натрупване и трансфер на кредити във висшите училища. (Обн. ДВ.бр. 89/ 12.10.2004 г.)
55. Наредба за условията и реда за подреждане на Списъка на регулираните професии в РБ (приета с ПМС № 86 от 18.04.2006 г.)
56. Национален класификатор на професиите и длъжностите, 2011 г. (в сила от януари 2011г.)
57. Николов, Н., Драган Данов – Фелдшера (възпитаник на руско военнофелдшерско училище), Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1978 г., брой 8, 40-43;
58. Николова, В., Законодателни основи на българското здравеопазване (1878 - 2000 г.), Освобождението на България и първи стъпки в изграждането на общественото здравеопазване, Доклади от Национална научна конференция с международно участие 23.XI.2007г.
59. Николова, И., Ал. Вълчев, Здраве и здравеопазване на селското население в България, Медицина и физкултура, София, 1984 г., стр.12; 14;149
60. Павлова, В. и колектив, История на медицината в България, Медицина и физкултура, 1980, стр.123-124, 157-158; 162- 164; 200; 202 – 203, 233
61. Паникян, Е., Развитие на средното медицинско образование след 9.IX.1944 год., Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, брой 5/септември 1974 г.
62. Парашкевова, Б., Общопрактикуващият лекар в здравната система – история, развитие и перспективи, Академично издателство – Тракийски университет, Стара Загора, 2016: с. 141
63. Парашкевова, Б., монография
64. Парашкевова-Симеонова, Б. „Общопрактикуващият лекар в здравната система – история, развитие и перспективи“, дисертация за

присъждане на научно-образователна степен „доктор“,2012 г.
65. Писмо № Е-005811/ 12.08.2015 г. и № Е- 007272/ 31.08.2015 г. на ЕК в отговор на запитване на европейските народни представители Ангел Джамбазки и Светослав Миланов за практикуване на професия „Фелдшер“ в България и правото за самостоятелно съсловно сдружаване на фелдшерите/лекарски асистенти.
66. Писмо на СМФ до МЗ за разглеждане на Проект на концепция за професия “Лекарски асистент” (писмо № 63-00-95/ 16.07.2013г.).
67. Питане на европейските народни представители г-н А. Джамбазки (ECR) и г-н Св. Миланов (PPE) до ЕК относно практикуването на професия фелдшер в България и страните членки на Европейския съюз.
68. Положение за санитарнитъ команди при дивизионнитъ болници въ мирно врѣме и програмата за обучението имъ”, Указ 1892г./№ 498, съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди.
69. Правилник за правата и обязаностите на фелдшерите на държавна, окръжна и общинска служба и на волно практикуващите фелдшери, София: Дирекция за опазване на общественото здраве, 1904 г.
70. Правилникъ за фелдшерско училище за 60 ученика съ двъ отдъления: медицинско и ветеринарно., стр.651 съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди
71. Програма за испитване новобранцитъ отъ частитъ на войската за постъпване въ фелдшерското училище, стр.652
72. Програма за обучение на санитарнитъ команди при дивизионниъ болнице, съхранена в ДВИА гр. Велико Търново, Документален

архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, стр.655

73. Проект на „Концепция „Лекарски асистент“ в България
74. Предложение на СМФ до МЗ за включване на професия „Лекарски асистент” в регистъра на регулираните професии в България.
75. Славов, А., Форми за следдипломна квалификация на полувисшите медицински кадри, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1978 г., брой 7, 40-42;
76. Справка от учебните заведения обучавали фелдшери: гр. Стара Загора, Русе, Велико Търново, Хасково, Враца.
77. Съхранена в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди.
78. Тонева Р., За по-добро планиране работата на фелдшерските здравни пунктове в селата, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1976 г., брой 4, 21;
79. Трайков, Й., Възникване и развитие на фелдшерското звено в системата на медицинското обслужване на селското население, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1976 г., брой 4,18-21;
80. Трайков, Й., За ефективното използване труда на фелдшерите от ФЗП на село, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1977г., брой 4, 25-27
81. Трайков, Й., Перспективата на фелдшерската помощ, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1981 г., брой 3, 30-32
82. Труды комиссий по обследованию санитарных последствий войны, 1914-1920, М., 1923, с.5

83. Узунов, Д., Из историята на фелдшерските училища, статия в сборник Среден медицински работник, 1967, № 5, с. 46-48
84. Фелдшерският въпрос у нас, Фелдшерски съюз, София, 1897г.
85. Христов, М., За фелдшерското училище (Институт за медицински техници), в. Здравен фронт, 1949 г., бр.4, стр.2
86. Черкезов, Т. Разпространение, социално значение и борба с туберкулозата в регион Кърджали-1912-2012 г., доклад на VI конгрес по „История и философия на медицината“, 23-25 октомври, гр. Пловдив
87. Шопова, К., Спешна доболнична медицинска помощ, История на българската медицина – част 3, Създаване и развитите на националните медицински институции, стр.210-211
88. Parashkevova B., J.Marinova, General Practitioners' Career Characteristics and Factors: Results from an Empirical Study, General Medicine, vol.XVIII, 2016/2: 28-33
89. Parashkevova B., Y.Marinova, S.Simeonov, M. Encheva, General Practitioners: a Key Resource in Primary Health Care (First announcement), Social Medicine, 2011/3: 27-31
90. Parashkevova B., J.Marinova, General Practitioners'Activities and Attitudes Towards Out-Of-Hours Care in General Practice, Social Medicine, 2013/3: 20-23.
91. Parashkevova-Simeonova B., General Practitioner in the Health System – History, Development and Perspectives, Academic Publishing, Trakia University, Stara Zagora, 2016, pp.141
92. Hooker, R. The roles of physician assistants and nurse practitioners in a managed care organization, quoted in D. Clawson and M.Osterweis (editors), The roles of physician assistants and nurse practitioners in primary care,The Association of Academic Health Centers (sic), Washington DC, 1993 pp. 51-68

93. Cawley J., Lane S., Smith N., Bush E., Physician assistant in rural communities, JAAPA. 2016 Jan (1): p. 42
94. Vracheva P., V. Vrachev, International experience in the development of profession „Physician assistant“, General medicine, 19, 2017, 2: 63-68
95. Vracheva P., SWOT analysis of the students’ education in „Physician assistant“ specialty at Trakia University - Stara Zagora, Health care, 2017,1: 33-38
96. Vracheva P., J. Marinova, B. Parashkevova, Attitudes of the Students at the Medical Faculty of Stara Zagora, "Physician Assistant" Specialty for Future Professional Realization, General Medicine, 20, 2018, 4, 24-30
97. http:/kei.parliament.bg Отговор на проф.д-р Анелия Клисарова (Министър на образованието и науката) на въпрос относно: Обучение на лекарски асистенти (медицински фелдшери).
98. http: // www.aapa.org/majoritysays.html, accessed 30 October 2007., American Academy of Physician Assistants, Majority of public say they are willing to be treated by Pas, Academy website,
99. http:// mail.nacid.bg/ newdesign/ qual/ index.php, Регулирани професии в България, Национален център за информация и документация
100. http://infocenter.bnt.bg
101. http://news.bg

ПРОФЕСИЯ МЕДИЦИНСКИ ФЕЛДШЕР
В БЪЛГАРИЯ

Възникване и развитие до наши дни
монография

Авторско право: Пенка Врачева - автор

Рецензенти: Проф. Д-р Юлияна Маринова, дм
Доц. Д-р Боряна Парашкевова – Симеонова, дм

Редактори: Нанка Врачева; Яна Тенева
Автор корица: Емилия Ангелова

Издателство: „Съюз на учените – Стара Загора“
ISBN: 978-954-9329-52-0

ТИРАЖ: 100 бр.