

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени в рамките на общественото обсъждане на проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“.

(публикуван за обществено обсъждане в периода 26.09.2025 г. – 25.10.2025 г.)

Участник в общественото обсъждане	Предложение/Мнение	Приема/не приема/	Мотиви
Cyrlie Sue <cyrlielu@gmail.com>	Настоявам за строго видеонаблюдение свободно и достъпно за близките на хоспитализираните в психиатрия както и задължителен преглед и запис на адекватността на пациента или липсата на такава която доказва че е наложително да бъде приет, също искам да докладвам за сериозни злоупотреби в психиатрията във Варна съставяне на фалшивия епикризи, насилствено принуждаване за подписване на съгласие за лечение, фиксиране директно без пациента да бъде агресивен или застрашил по какъвто и да е начин някой да бъде абсолютно забранено защото това е недопустимо и се равнява на опит за трайно травматично разстройство, задължително отнемане на правата на докторите във варненската психиатрия защото тези хора злоупотребяват по всевъзможен начин с позициите си упражнявайки неясни експерименти с невинни хора следствие на приложените от тях лечения хората рядко се възвръщат към трудоспособност работоспособност ясно съзнание адекватност приложените от тях лечения предизвикват трайно увреждане на бъбреци на всякакви процеси в организма съответно хормонални нарушения предизвикани от отрицателните ефекти от приложеното лечение, манипулация със съгласието близките, гавра с пациента от страна на охранители, приемат здрави хора в момента емоционален срив и ги	Приема се по принцип.	Относно видеонаблюдението обръщаме внимание, че постоянен видеомониторинг е предвиден в Раздел III „Осъществяване на дейност по медицинската специалност „Психиатрия“ в лечебните заведения за болнична помощ, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и центровете за психично здраве“ от проекта на медицински стандарт. Останалите въпроси са предмет на Раздел XI от проекта за медицински стандарт, който касае правата на хората, ползващи психично-здравни услуги. Текстът в посочения раздел гарантира, че дейностите и условията в проекта за стандарт са в съответствие с българското и европейско законодателство по въпросите за правата на пациента. В случай, че са налице данни за извършено престъпление или нарушение в лечебно заведение е необходимо да се сигнализира прокуратурата, съответно Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, като се посочат конкретните нарушения, конкретното лечебно заведение и данни за подателя на сигнала.

	изкарват болни инвалиди които не могат да се върнат към разсъдъка си и е цяло чудо и отнема месеци, хора художници не могат да си напишат името два-три месеца след изписването и да възвърнат способността си да контролират движенията си отнема почти година по мое наблюдение лично.. заплахи от страна на дежурни, фашистки методи на изтезание които са недопустими за демократична държава в 21-ви които нарушават по всякакъв начин човешките права нанасят трайни травми психически физически и това трябва да се спре а лицата злоупотребили с медицинските си права да бъдат наказани съответно и потърпевшите пациенти обезщетени.		
д-р Иван Добринов, Началник на Шесто мъжко отделение в ДПБ-Раднево	С тревога прочетох публикувания на Вашия сайт Проект на наредба да утвърждаване на Медицински стандарт „Психиатрия“. В него забелязах няколко доста объркващи текста, които бих искал да коментирам. 1. Повечето държавните психиатрични заведения в момента не отговарят нито на изискванията на стария стандарт, нито на новия проект. Кой и как ще осигури за срок от 6 месеца: - необходимия щат; - привлекателни заплати; - необходимия брой качествени специалисти /повечето от които са дефицитни в България/; - финансиране за изграждане на липсващите звена и структури в обозримо бъдеще? Не е ясно направени ли са конкретни оценки на нужните ресурси, за да се приведат държавните психиатрични заведения в съответствие с този стандарт. Колко точно ще струва това? Кой и как ще осигури нужните немалко средства?	1 и 2. Приема се.	По т. 1 -2: Срокът за привеждане в съответствие с изискванията на медицинския стандарт е променен на 1 година. Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка и предвид издаването на Наредба № Н-5 от 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ (ДВ. бр. 89 от 2025 г.), изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“.

	2. Какво ще се случи със здравните заведения, които след 6 месечния срок не отговарят на стандарта по вина на МЗ заради недофинансиране, недостатъчно щатни бройки, липса са персонал, остаряла неизползваема база? Ако те бъдат закрити, кой и как ще поеме огромния брой тежко боледуващи пациенти с опасно поведение, захвърлени там в момента? 3. Не е ясно как ще се избегне неправомерната селекция на пациенти: разделянето на „желани“ и „несъвместими с режима, нежелани“ пациенти. Какви ще са критериите за прием и съответно отказ от прием на болни в отделенията с различни нива на компетентност? 4. Задължително въведените скали няма как да бъдат попълвани качествено при определени групи пациенти в крайно тежко състояние и това не е отчетено в стандартите: например при кататонен ступор, неграмотни или глухонеми болни, умствена изостаналост, интоксикация с ПАВ, негативизъм и др. В стандарта са заложили изисквания за идеално комуникиращ и съдействащ пациент, достатъчно образован и компетентен, което няма връзка с действителността. Няма описани ясни процедури при обективна невъзможност за изпълнение на част от заложените изисквания /събиране на достоверна информация, възможност за комуникация и др./, това ще доведе до незаслужени санкции на екипите. 5. „4.2.2. Информирано съгласие пациентът може да даде, след като е получил информация от лекаря си за: диагнозата и характера на заболяването...“ Всъщност често се налага пациенти да бъдат хоспитализирани с цел диагностично уточняване. В тези случаи няма как лекарят	3, 4 и 5. Не се приема.	По т. 3, 4 и 5: Забележките касаят клиничната компетентност, професионализма и преценката на лекаря във всеки конкретен и специфичен случай. Не са направени конкретни предложения за изменение на разпоредби от стандарта.
--	---	--------------------------------	--

	оценка и насочване, детоксификация, психосоциална рехабилитация, ресоциализация, работа с близките и превантивни програми. 8. Субституиращото лечение с опиев агонисти и агонист-антагонисти би следвало да се регламентира подробно в отделна наредба като един отделен сегмент, а не да подменя общите принципи за лечение на всички видове зависимости.		стратегическа политика и нормативна уредба в бъдеще.
Д-р Цветеслава Гълъбова - психиатър, директор на ДПБ Нови Искър	1. Първата ми забележка към проекта е свързана с шестмесечния срок, който е заложен за изпълнението на изискванията. Както е добре известно, ДПБ-тата няма да го изпълнят. Значи ли това, че 1200 легла ще бъдат закрити или се прави точно по тази причина. Кой и кога ще осигури нужните ресурси - щатове, заплати, ОБУЧЕНИЕ на санитарите, за да бъдат изпълнени изискванията. 2. На второ място - прави впечатление, че единствено и само за клиниките от трето ниво на компетентност се предвиждат сериозни осигурителни мерки за защита на болните и персонала, вкл. охрана. Напомням, че настанените по чл. 89 от Наказателния кодекс, т.е. извършили тежки престъпления, болни с психози, са само и единствено в държавните психиатрични болници. А последните не е възможно да покрият изискванията за трето ниво на компетентност, т.е. автоматично се лишават от възможността да имат охрана. Буди недоумение факта, че само за трето ниво се предвижда охрана, което е крайно дискриминативно и спрямо пациентите, и спрямо работещите в другите структури от по-ниските нива. Аз лично нямам обяснение за това тежко недоразумение в проекта. Дали целта е ДПБ да бъдат закрити, неизпълнявайки изискванията за трето ниво, което	1. Приема се по принцип. 2. Приема се.	1. Срокът за привеждане в съответствие с изискванията на медицинския стандарт е променен на 1 година. 2. Несъответствието е отстранено, като изискванията за охрана са уеднаквени за лечебните заведения от първо, второ и трето ниво на компетентност.

	режима?!?! При какви обстоятелства ще се отказва прием на пациенти. Добре известно е, че единствено и само в ДПБ-тата се приемат социално "неприемливите" - с жилищни проблеми, без близки и други, които на практика довеждат до това в тези лечебни заведения да ЖИВЕЯТ около ТРИСТА души. 6. На шесто място - половината документ е зает с разпис на "зависимост към психоактивни вещества", а фигурира единствено и само субституция към опиати. В двадесет и първи век сме, в края на първата му четвърт и по наши и световни данни проблемите със зависимостите не се изчерпват с опиатите. Има много други психоактивни вещества, които отдавна изместиха опиатите, има алкохола зависимост, зависимост към психостумиланти - в България всяка година се регистрират между 40 и 50 нови вещества с потенциал за създаване на зависимост, има хазартна и екранна зависимост. Категорично смятам, че зависимостите следва да са обект на отделен стандарт, което ще покаже много по-сериозно отношение към този проблем.	6. Не се приема.	Забележките касаят клиничната компетентност, професионализма и преценката на лекаря във всеки конкретен и специфичен случай. 6. Поставеният акцент в проекта за стандарт върху лечението с опиоидни агонисти или агонист-антагонисти е с цел създаване на нормативна база за регламентиране на отпусканите препарати. Тъй като медицинските стандарти нямат за цел да обучават специалистите в умения за провеждане на диагностика и лечение т. е. те не са учебници, в тях не е прието да се разглежда лечението на каквото и да е разстройство или заболяване.
Катедрата по психиатрия и медицинска психология на МУ-Пловдив	I. СТАЦИОНАР: 1.Липсват важни процедури като – ЕКТ, ТКМС. 2.Липсва дневен стационар. 3.Липсват специализирани изследвания: образни, психологични, електрофизиологични. 4.Така дефинираните „нива на компетентност“ са неизпълними при настоящата обезпеченост с персонал и финансиране (основно сестрински и санитарни и за определени области и лекари). 5.Посочените клинични скали за оценка не са претърпели стандартизация на национално ниво в представителна	I. Приема се частично.	I. В т. 3.5. Дейности в обхвата на медицинската специалност, изискващи допълнителна квалификация: в т. 3.5.4. се описва ясно: провеждане на транскраниална магнитна стимулация (ТМС), репетитивна транскраниална магнитна стимулация (pTMC) и директна токова стимулация; В т. 3.5.2. провеждане и разчитане на електрофизиологични изследвания за

	извадка. Тяхното използване към настоящия момент може да стане само срещу заплащане, при много условности.	локализиране на измененията в биоелектричната мозъчна активност – електроенцефалография (ЕЕГ) и цветна картография на главния мозък; Също в т. 3.5.3. извършване на електроконвулсивна терапия чрез използване на електроконвулсатори с паралелно мониториране на дермално съпротивление, ЕКГ и ЕЕГ; И в т. 1.3.7. Клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да разполага с възможност за ползване на собствени или осигурени по договор рентген, скенер, ЕЕГ, ЯМР и клинична лаборатория от II или III ниво на компетентност (всички с осигурен за лечебното заведение достъп в рамките на 24 часа в денонощието), както и с възможност за извършване на медицински консултации със специалисти от всички медицински специалисти - на територията на населеното място, а също и с апарати ЕКГ, ЕКТ и инсталация за подаване на кислород на територията на лечебното заведение. Относно обезпечаването с персонал: Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка и предвид издаването на Наредба № Н-5 от 2025 г. за утвърждаване на медицински
--	---	---

			стандарт „Здравни грижи“ (ДВ. бр. 89 от 2025 г.), изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“. Приета е и бележката относно липсата на дневен стационар, като са регламентирани такива изисквания (раздел II, т. 3). Относно бележката, касаеща клинични скали за оценка: Скалите са валидизирани при следните проучвания: Митрев, И. Н. Проучване на суицидното поведение при хоспитализирани психиатрични пациенти от мъжки пол. Автореферат на дисертационен труд, Катедра по психиатрия и медицинска психология, Медицински университет — Пловдив, 2016. (включва раздел „Валидизация и апробация на български език на скалата за суицидна идеация на А. Beck (SSI)“) Скалата MOAS е валидизирана в рамките на европейски проект EUNOMIA, с подкрепа на Пета Рамкова Програма на ЕС и подробно описание има в монографията "Принуда в психиатрията. Емпирични данни и добра практика", глава "Методика", стр.64, издателство Контекст, 2010, автор Георги Ончев.
	II. АМБУЛАТОРИЯ:		II. Изискванията за амбулаторните психиатрични

	1.Липсват описания на изискванията за амбулаторните психиатрични служби. 2.Липсва регламент за ВСД – „Кризисна интервенция“. 3.Липсва програма за водене на случаи в общността – и дефиниция на мултидисциплинарен клиничен екип 4.Не е регламентирано използването на единна информационна система, която да интегрира стационарната и амбулаторната помощ. 5.Нужно е да се добави раздел "Психотерапия и психологично консултиране" (подобно на рехабилитацията). 5.1. В него да се дефинира психотерапията и консултирането като дейност, осъществяване в рамките на мултидисциплинарен клиничен екип за водене на случай в общността, при която чрез структурирани техники се прилагат протоколи за подобряване на психичното здраве на пациенти с психични разстройства, в активно сътрудничество и под супервизията на психиатър. 5.2. Психотерапията в рамките в медицински контекст (при наличие на психично разстройство) е съвкупност от методи за структурирано психологично въздействие, които се съвместяват и координират с останалите медицински методи на лечение (като фармакотерапия). 5.3. Правоспособност за упражняване на психотерапевтична практика в системата на здравеопазването се придобива след специализирано следдипломно обучение в определен метод на психотерапия, доставеното от Медицинските университети, съвместно със съответните професионални организации, като неговата продължителност е минимум 600 часа 5. 4. Право да се обучават в психотерапия за нуждите на комплексно водене на психиатрични случаи имат само	II. Не се приема по т. 1-4. По т. 5 – приема се по принцип.	служби са регламентирани в достатъчен обем в Раздел II. Изисквания за осъществяване на дейността по медицинската специалност „Психиатрия“. Кризисната интервенция се коментира в т. 3.6.1.4.7.; 1.10.4. и 1.10.5. от проекта на наредба за медицински стандарт „Психиатрия“. Тъй като според Закона за лечебните заведения, медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента, в стандартите се описват видовете дейности. Не е налично изискване в медицинските стандарти да присъстват регламенти и методически указания за начина на самото изпълнение на дейностите. Съобразяването с регламенти и правила, гарантиращи добра клинична практика е задължение на всеки специалист, изпълняващ дейности по медицинска специалност. Същото се отнася и за програма за водене на случаи в общността – и дефиниция на мултидисциплинарен клиничен екип. Относно регламентиране на използването на единна информационна система, която да интегрира стационарната и амбулаторната помощ, същото не е задължителен предмет на разглеждане в медицинските стандарти по посочените мотиви.
--	--	---	--

	лица със завършено висше медицинско образование, ОКС "магистър по медицина", и лица със завършена ОКС "магистър" по клинична психология, в акредитирано висше учебно заведение. Раздел „Зависимости към ПАВ“, който заема 50% от стандарта, считаме че той трябва да бъде изведен в отделна наредба. В сегашния си вид е непълен тъй като пропуска зависимостта от алкохол, комбинирана зависимост и поведенчески зависимости. Предлагаме своята експертиза за редактиране и допълване на медицинския стандарт съгласно с така направените предложения. Катедра по психиатрия и медицинска психология Медицински университет, гр. Пловдив		Относно добавянето на раздел "Психотерапия и психологично консултиране" (подобно на рехабилитацията): В изпълнение на дейност „Регламентиране на психологическите и психотерапевтичните услуги“ от Плана за действие към Националната стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021-2030 г. със заповед на министъра на здравеопазването е създадена работна група, която да изготви предложение за изисквания, стандарти, компетентности и процедура за психотерапевтично и психологично консултиране. На базата на предложението на работната група, ще бъде възможно създаването на съответни изисквания, които да регламентират психологичната и психотерапевтична помощ и услуги.
Държавна психиатрична болница- гр. Севлиево	Напълно подкрепям казаното от д-р Добринов и д-р Гълъбова за Проекта на наредба да утвърждаване на Медицински стандарт „Психиатрия“, бих добавила още няколко щрихи в очертаващия се дебат. В повечето ДПБ-та няма необходимия щат за осъществяване на този стандарт, а в някои- наличието на щат изобщо не е пропорционално на желанието за работа в тях на лекари- психиатри, мед. сестри и друг обучен персонал/ налагана стигма на специалността, ниско заплащане, лоша материално- техническа база, липса на възможност за специализация и кариерно израстване и др/. Да си припомним, че само две от ДПБ-тата са	Приема се частично.	Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка и предвид издаването на Наредба № Н-5 от 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ (ДВ. бр. 89 от 2025 г.), изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени

	акредитирани за бази за специализация и това се случи в последните 3 години. Очевидна е тенденцията в последните 20 г.- целенасочено „обезкървяване“ на Държавните психиатрични болници от медицински персонал. За всички нива на компетентност в клиниката/отделението по психиатрия се изисква инсталация за подаване на кислород? С какви средства ще бъдат изградени и колко безопасно е това за пациентите? Коя е службата, която ще осъществява програмите, поддържащи трайна връзка с пациента?/2.3./. Как така пациентът е хем извън период на активно болнично или извънболнично лечение, хем се правят програми? От кого? Отново не е помислено за изграждането на единна система на обхват на психично болните пациенти/ не диспансеризация/ и достъп на нея на различните психиатрични служби, за да се проследява адекватно т.нар. път на пациента- чрез адекватно информационно осигуряване и приемственост на грижите и водене на случай/ базисни принципи в Националната стратегия за психичното здраве на гражданите на РБ 2021-2030г./ Съгласувано ли е с ЦСМП/ разписан ли е нормативен акт, чрез който екипът на ЦСМП уведомява съда/ прокуратурата за насочването на пациента към психиатричен стационар/ 5.4./ Съгласувано ли е с ЦСМП/ разписан ли е нормативен акт, че в ЦСМП трябва да има специалист- психиатър, който насочва психиатричния пациент за спешна хоспитализация при установяване висока степен на	в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“. Променени са и изискванията за изграждане на инсталация за подаване на кислород за първо и второ ниво на компетентност, като е предвидено при липса на възможност за изграждане на перманентна кислородна инсталация да се осигурява мобилна такава. Предвидено е, че транспортирането в психиатричен стационар (клиника/отделение на ЦПЗ, на лечебно заведение за стационарна психиатрична помощ или на болница за активно лечение) се извършва от ЦСМП, а ръководителят на тези лечебни заведения има ангажимента да уведоми съда/прокуратурата за насочването на пациента към психиатричен стационар, при необходимост. Останалите бележки в становището са свързани с широкообхватни реформи в областта на здравеопазването и на психиатричната помощ в частност и попадат извън обхвата на съдържанието на проекта на наредба за медицински стандарт „Психиатрия“.
--	--	---

	риск?/5.2./ Много често в болниците попадат клошари и маргинализирани типове, които“ викали и буйствали“ според екипите на ЦСМП?! А „спешните“ хоспитализации по социални индикации, индицирани от социалните служби? Една от видовете рехабилитация е трудовата/4.3.1./. В ДПБ от повече от 20г. няма нормативен акт, по който тя да се осъществява. Как ще се случва? И накрая- приемането на стандарт по психиатрия ще определя психиатричната помощ/във всичките й компоненти/ в следващите 15-20години.Определено смятам, че е необходимо да се проведат още по-задълбочени и реалистични обсъждания от професионалистите в общността, преди да се приеме такъв документ.		
Христо Василев	Подкрепям становищата на колегите преди мен. Аз също съм на мнение, че зависимостите към ПАВ трябва да са в отделен стандарт и трябва да се извадят от този. Заложените "меки" стаи трябва да бъдат нормативно регламентирани, за да бъдат унифицирани за всички специализирани заведения. Изискванията за нива на компететнтност трудно биха могли да бъдат изпълнени от ДПБ, поради затрудненията с кадровата обезпеченост	Приема се частично.	Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка и предвид издаването на Наредба № Н-5 от 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ (ДВ. бр. 89 от 2025 г.) изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“.

			Регламентирани са и изисквания към изграждането, оборудването и обзавеждането на безопасените стаи. Поставеният акцент в проекта на стандарт върху лечението с опиоидни агонисти или агонист-антагонисти е с цел създаване на нормативна база за регламентиране на отпусканияте препарати. Тъй като медицинските стандарти нямат за цел да обучават специалистите в умения за провеждане на диагностика и лечение т. е. те не са учебници, в тях не е прието да се разглежда лечението на каквото и да е разстройство или заболяване в детайли.
Държавна психиатрична болница-с. Карвуна Д-р Тихомира Стелиянова - психиатър, директор на ДПБ Карвуна	След като се запознах с публикувания на Вашия сайт Проект на наредба да утвърждаване на Медицински стандарт „Психиатрия“ съм доста объркана и притеснена за бъдещето на Държавните психиатрични болници. В повечето ДПБ-та няма необходимия щат за осъществяване на този стандарт. Кой и как ще осигури нужните немалко средства за да се приведат държавните психиатрични заведения в съответствие с този стандарт? Мислено ли е по този въпрос? Така дефинираните „нива на компетентност“ са неизпълними при настоящата обезпеченост с персонал и финансиране (основно сестрински и санитарни и за определени области и лекари). Отново е фиксиран броя сестри и санитарни в отделението, а не на брой пациенти. При така разписаните правила уточненията за степента на зависимост от грижи са напълно неприложими.	Приема се частично.	Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка и предвид издаването на Наредба № Н-5 от 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ (ДВ. бр. 89 от 2025 г.) изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“.

	Относно определения шестмесечен срок, който е заложен за изпълнението на изискванията. Известно, ДПБ-тата няма да го изпълнят. Това означава ли, че се действа в тази насока тенденциозно спрямо ДПБ-тата? По чл. 89 от Наказателния кодекс, т.е. извършилите тежки престъпления, болни с психози, са настанени само и единствено в държавните психиатрични болници. Прави впечатление, че се предвиждат сериозни осигурителни мерки за защита на болните и персонала, вкл. охрана, единствено и само за клиниките от трето ниво на компетентност. Повечето ДПБ не е възможно да покрият изискванията за трето ниво на компетентност и автоматично се лишават от възможността да имат охрана. Считам, че това е крайно дискриминативно отношение спрямо пациентите и работещите в Държавните психиатрични болници. Относно раздел „Зависимост към психоактивни вещества“, фигурира единствено и само субституция към опиати. Огромен като обем, но в сегашния си вид е крайно непълен. Пропуснати са други психоактивни вещества, които отдавна изместиха опиатите. Има алкохола зависимост, зависимост към психостумиланти, има хазартна и екранна зависимост. Необходимо е зависимостите да са обект на отделен стандарт. Забележките са много и считам категорично, че е необходимо преди приемането на Стандарта да бъдат предприети още по - задълбочени и реалистични обсъждания с професионалната общност и да бъде адекватно преработен!		Срокът за привеждане в съответствие с изискванията на медицинския стандарт е променен на 1 година. Несъответствието е отстранено, като изискванията за охрана са уеднаквени за лечебните заведения от първо, второ и трето ниво на компетентност. Поставеният акцент в проекта за стандарт върху лечението с опиоидни агонисти или агонист-антагонисти е с цел създаване на нормативна база за регламентиране на отпусканите препарати. Тъй като медицинските стандарти нямат за цел да обучават специалистите в умения за провеждане на диагностика и лечение т. е. те не са учебници, в тях не е прието да се разглежда лечението на каквото и да е разстройство или заболяване в детайли.
СДРУЖЕНИЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ В ДЪРЖАВНИТ	Държавните психиатрични болници осъществяват дейността си в условията на щатен дефицит, изпитват остра нужда от персонал и оборудване и краткият срок за изпълнение на новите изисквания отразени в проекта за Стандарт, а именно 6 месеца е нереалистичен. При така	Приема се частично.	Срокът за привеждане в съответствие с изискванията на медицинския стандарт е променен на 1 година.

Е ПСИХИАТРИ ЧНИ БОЛНИЦИ	заложените изисквания има опасност структури за оказване здравно психиатрична помощ да бъдат закрити след този период! В Държавните психиатрични болници материално-техническата база е стара и амортизирана, и поради тези причини ДПБ са поставени в неравностойно положение с други психиатрични лечебни заведения. Значи ли това, че в проектът за Стандарт предварително съдържа риск от дискриминация или неравно третиране на отделните психиатрични структури? В Държавните психиатрични болници дефинираните „нива на компетентност“ са неизпълними при настоящата обезпеченост с кадри и финансиране (основно сестри и санитарни , а за някои болници- и лекари). Извършили тежки престъпления пациенти (с психози) се настаняват по чл. 89 от Наказателния кодекс, единствено и само в Държавните психиатрични болници, факт който означава, че ако изпаднат в невъзможност да покрият изискванията за трето ниво на компетентност автоматично се лишават от възможността да имат охрана? Информираме ви, че в Държавните психиатрични болници няма отделение с 10 легла. Буди недоумение факта, че в проекта е фиксиран броя сестри и санитарни в отделение, но техният брой не е съобразен с броя на настанените за лечение пациенти. При така разписаните правила уточненията за степента на зависимост от грижи са напълно неприложими. В Държавните психиатрични болници само и единствено се приемат социално „неприемливите“ пациенти. Не е ясно как ще се избегне неправомерната селекция на пациенти: разделянето на „желани“ и „несъвместими с режима, нежелани“ пациенти? Какви ще са критериите за прием и съответно отказ от прием на болни в отделенията с различни нива на компетентност?	Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка и предвид издаването на Наредба № Н-5 от 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ (ДВ. бр. 89 от 2025 г.) изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“. По отношение на изискванията за охрана, несъответствието е отстранено, като изискванията за охрана са уеднаквени за лечебните заведения от първо, второ и трето ниво на компетентност. Променени са и изискванията за изграждане на инсталация за подаване на кислород за първо и второ ниво на компетентност, като е предвидено при липса на възможност за изграждане на перманентна кислородна инсталация да се осигурява мобилна такава. Регламентирани са и изисквания към изграждането, оборудването и обзавеждането на безопасните стаи. Поставеният акцент в проекта за стандарт върху лечението с опиоидни агонисти или агонист-антагонисти е с цел създаване на нормативна база за регламентиране на отпусканите препарати. Тъй като медицинските стандарти нямат за цел да обучават специалистите в умения за провеждане на диагностика и лечение т. е. те не са учебници, в
--	---	--

	В Държавните психиатрични болници няма стаи с тапицерия срещу нараняване, инсталации за подаване на кислород. С какви средства ще бъдат изградени, кои ще бъдат приложимите стандарти за тях и колко са безопасни за пациентите ни? Специалистите, работещи в Държавните психиатрични болници смятат, че Раздел Х. на Проекта – „Зависимости към психоактивни вещества“ би следвало да бъде изведен в друг стандарт и не може да включва единствено и само регламент за субституция при опиятно зависими, като пропуска зависимостта от алкохол, от други ПАВ, комбинирана зависимост и поведенчески зависимости. Работещите в Държавните психиатрични болници смятаме, че Стандартът, в рамките на който ще се осъществява здравно-психиатричната помощ в България би следвало да доведе до същинска промяна и ново качество на осъществяваните дейности, а не до формално изпълнение на изискванията и последващо закриване на лечебни заведения за психиатрична помощ. Определено смятаме, че е необходимо да се проведат още по- задълбочени и реалистични обсъждания от професионалистите в общността, преди да се приемането такъв основополагащ документ. Управителен съвет на „Сдружението на служителите в Държавните психиатрични болници“		тях не е прието да се разглежда лечението на каквото и да е разстройство или заболяване в детайли.
Университетските клиники по психиатрия, ЦПЗ и ПО към МБАЛ	На 25.10.2025г., в рамките на XXXIII-тата годишна конференция на БПА, след обсъждане на публикувания на страницата на МЗ проект на Наредба на утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“, изразяваме следното професионално становище: Стандарт “Психиатрия“ е задължителен документ, определящ всички професионални, етични и юридически параметри за работа и провеждане на лечение в	Приема се по принцип	Предложението не е предмет на проекта на медицински стандарт. Същото подлежи на допълнително обсъждане и касае финансовата рамка.

	стационарните и амбулаторни психиатрични структури в страната. Освен като документ, определящ професионални и терапевтични параметри, стандартът защитава дейността на всички лица, ангажирани с обезпечаване на психичното здраве на населението. Предстоящото влизане на България в еврозоната от 01.01.2026г. ни задължава да преведем всички психиатрични структури съобразно изискванията на европейските стандарти за опазване на менталното здраве на гражданите в Република България. Приемаме, че така предложеният стандарт в съществена степен покрива европейските изисквания за психиатрично обслужване. Категорично заявяваме, че реализацията на предложения от Вас проект изисква адекватно финансиране по Наредба №3/05.04.2019г. на МЗ за медицинските дейности, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, а именно завишаване стойността на един леглоден от 92 лв., към настоящия момент, на поне 150 лв. Предвид факта, че средно за страната един стационарен леглоден (по данни от сайта на МЗ за ЛЗБП с над 50% държавно участие) е на стойност около 550лв., настояваме за психиатричната дейност по чл.41, т.1 на Наредба №3 да бъдат осигурени минимум 150 лв. В противен случай заложените в предлагания от Вас стандарт параметри за лечебна дейност са категорично неосъществими.		
Държавна психиатрична болница-с. Церова Кория	Напълно подкрепяме казаното от колегите за Проекта на наредба да утвърждаване на Медицински стандарт „Психиатрия“. Нашите коментари са следните:	Приема се частично.	Срокът за привеждане в съответствие с изискванията на медицинския стандарт е променен на 1 година. Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за

1. При така предложеният проект за стандарт се очертава закриване на около 1200 стационарни легла и то предимно в ДПБ- тата. Това ще рухне цялата система. Всеизвестен е факта, че пациенти на задължително и принудително лечение се настаняват близо 100% в ДПБ- тата. За да не се случи това кой и кога ще осигури нужните ресурси - щатове, заплати, ОБУЧЕНИЕ на санитарни, за да бъдат изпълнени изискванията. 2. Не е ясно как ще се избегне неправомерната селекция на пациенти: разделянето на „желани“ и „несъвместими с режима, нежелани“ пациенти. Какви ще са критериите за прием и съответно отказ от прием на болни в отделенията с различни нива на компетентност? 3. Т. нар. "Тапицирана стая" !!! Няма регламент как да бъде изградена, какви материали се ползват, размери, разположение и фиксиране на мебелите, вентилация, наблюдение и осигуреност с персонал. Кой ще финансира това скъпо съоръжение? Кой ще осигури персонал? 4. Кислородни инсталации!!! Психиатричните болници не са реанимации!! Самата инсталация е безбожно скъпа, и пак питам: Кой ще осигури финансирането??? 5. Защо само на трето ниво на компетентност се предвижда охрана. И пак се стига до пари и ресурс- кой ще осигури тези средства или ще се каже ДПБ- тата сами да се оправят от техният бюджет и щат!!! 6. Информирано съгласие пациентът може да даде, след като е получил информация от лекаря си за: диагнозата и характера на заболяването...“ Всъщност често се налага пациенти да бъдат хоспитализирани с цел диагностично уточняване. В тези случаи няма как лекарят предварително да знае точната диагноза в приемната на здравното заведение, където се подписва въпросната декларация.	медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка и предвид издаването на Наредба № Н-5 от 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ (ДВ. бр. 89 от 2025 г.) изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“. Регламентирани са изисквания към изграждането, оборудването и обзавеждането на безопасените стаи. Променени са и изискванията за изграждане на инсталация за подаване на кислород за първо и второ ниво на компетентност, като е предвидено при липса на възможност за изграждане на перманентна кислородна инсталация да се осигурява мобилна такава. По отношение на изискванията за охрана, несъответствието е отстранено, като изискванията за охрана са уеднаквени за лечебните заведения от първо, второ и трето ниво на компетентност. Разпоредбата на т. 5.7.2., съгласно която след настаняване в психиатричен стационар отговорността за ограничаването на правата и свободите на пациента и за прилаганите мерки/ въздействия носи ръководителят на болницата/отделението, където е настанен пациентът е в съответствие със Закона за здравето. Съгласно чл. 150, ал. 1 от Закона за здравето при пациенти с установени психични разстройства,
---	---

	7. Екипът на ЦСМП носи отговорност за прилаганите медицински и други въздействия спрямо пациента само до настаняването му в психиатричния стационар; 5.7.2. след настаняване в психиатричен стационар отговорността за ограничаването на правата и свободите на пациента и за прилаганите мерки/ въздействия носи ръководителят на болницата/отделението, където е настанен пациентът. НЯМАМ КОМЕНТАР, МЪЛЧА!!! Давам само пример, ако пациентът е наранен по някакъв начин и така се настанява в ДПБ, то ДПБ ли е виновно за нараняванията на пациента???? 8. Екипът на ЦСМП уведомява съда/прокуратурата за насочването на пациента към психиатричен стационар. ЗАЩО??? Това не е съгласувано със Съд, Прокуратура. МВР!!! 9. Не се коментира изграждането на единна система на обхват на психично болните пациенти и достъп на нея на различните психиатрични служби, за да се проследява адекватно т.нар. път на пациента- чрез адекватно информационно осигуряване и приемственост на грижите и водене на случай/ базисни принципи в Националната стратегия за психичното здраве на гражданите на РБ 2021-2030г./ 10. Една от видовете рехабилитация е трудовата/4.3.1./. В ДПБ от повече от 20г. няма нормативен акт, по който тя да се осъществява. Как ще се случва?	изпаднали в състояния, които представляват пряка и непосредствена опасност за собственото им здраве или живот или за здравето и живота на други лица, могат да се прилагат мерки за временно физическо ограничаване. В ал. 3 се посочва, че вземането на мерки за физическо ограничаване се разпорежда от лекар, който определя вида на мярката и срока за прилагането. Съгласно чл. 22 от Правилника за устройството и дейността на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, директорът ръководи, контролира и отговаря за цялостната дейност на заведението. Относно задълженията на ЦСМП е предвидено, че транспортирането в психиатричен стационар (клиника/отделение на ЦПЗ, на лечебно заведение за стационарна психиатрична помощ или на болница за активно лечение) се извършва от ЦСМП, а ръководителят на тези лечебни заведения има ангажимента да уведоми съда/прокуратурата за насочването на пациента към психиатричен стационар, при необходимост. Изграждането на единна система на обхват на психично болните пациенти не е предмет на медицинския стандарт. Трудовата рехабилитация е разписана в Наредба № 24 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Психиатрия" и е с поставени рамки в новия проект в раздел IX. Рехабилитация.
--	--	--

Българска Асоциация на специалистите по Зависимости	I. ОБЩА ПОЗИЦИЯ: Българската асоциация по зависимости (БАСЗ) приветства усилията на Министерството на здравеопазването за актуализиране на медицинския стандарт „Психиатрия“ – документ от ключово значение за качеството на психиатричната помощ и за хармонизирането ѝ с европейските стандарти. Същевременно считаме, че в настоящия проект се наблюдават сериозни пропуски в раздел IX “Рехабилитация“ и раздел X „Зависимости към психоактивни вещества“, които биха имали реално негативно въздействие върху достъпа и качеството на грижата за хората със зависимости. Раздел IX в сегашния си вид определя реда за осъществяване единствено на програмите за трудова терапия. Програмите за психо-социална рехабилитация на зависимости са единствено упоменати като съществуващи, без да е определен редът за тяхното осъществяване и без да е направена препратка към други нормативни документи, имащи отношение към същата дейност. Този сериозен пропуск създава предпоставки за нормативна и практическа фрагментация, за неравен достъп до качествени услуги и за липса на яснота относно необходимите специалисти, съдържанието и изискванията към рехабилитационните програми. Раздел X в сегашния си вид е нормативно фокусиран единствено върху субституиращото лечение при опиоидна зависимост, без да разглежда останалите форми на зависимости и без да отчита нуждата от интегриран, мултидисциплинарен подход. Тази едностранчивост крие риск от ограничаване на лечението само до една терапия и една група пациенти, което би било изключително опасно, тъй като може да	Не се приема.	Според Закона за лечебните заведения, медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента, в стандартите се описват видовете дейности. Не е налично изискване в медицинските стандарти да присъстват, програми, регламенти и методически указания за начина на самото изпълнение на дейностите. Съобразяването с регламенти и правила, гарантиращи добра клинична практика е задължение на всеки специалист, изпълняващ дейности по медицинска специалност. Поставеният акцент в проекта за стандарт върху лечението с опиоидни агонисти или агонист-антагонисти е с цел създаване на нормативна база за регламентиране на отпусканите препарати. Тъй като медицинските стандарти нямат за цел да обучават специалистите в умения за провеждане на диагностика и лечение т. е. те не са учебници, в тях не е прието да се разглежда лечението на каквото и да е разстройство или заболяване в детайли.
---	---	----------------------	--

	доведе до невъзможност за адекватна подкрепа на хората с други форми на зависимости – към алкохол, стимуланти, канабис, седативи, летливи вещества, поведенчески зависимости. Субституиращото лечение има своето доказано място в клиничната практика и трябва да бъде част от стандарта, но да застане на правилното си място - като само една от терапевтичните опции, предназначена за определен тип зависимост. Изискванията към стандарта за прилагане на този терапевтичен подход следва да бъдат регулярно актуализирани, в съответствие с международните научни данни и стандарти. ПРЕПОРЪКИ: Преработване и разширяване на Раздел IX В частта „Програми за психо-социална рехабилитация за лечение на зависимости“ е необходимо: - ясно регламентиране на съдържанието на програмите, целите и модулите (КПТ/МИ, умения за справяне, семейна работа, case management); - определяне на състава на екипа (психиатър, психолог, социален работник, трудотерапевт, реер-консултант) и изисквания за квалификация; - правила за достъп, индивидуален план, междусекторна координация и индикатори за качество (ретенция, рецидиви, заетост, качество на живот); - съгласуваност с действащите нормативни актове, включително Наредба № 8/2011 за психо-социална рехабилитация, Правилника за прилагане на Закона за социалните услуги и Наредбата за качеството на социалните услуги, с цел избягване на нормативна и практическа фрагментация. Цялостно преработване и разширяване на раздел X. Необходимо е да бъдат обхванати: - всички основни видове зависимости, включително		
--	--	--	--

	поведенчески; - коморбидни състояния; - специфичните нужди на непълнолетни, бременни, лишени от свобода и лица под задължително лечение; - интегриран биопсихосоциален модел, в който медикаментозното лечение е само един компонент; - континуум на грижата и връзка с общността. Да се въведе разграничение на заместителната терапия в два клинични варианта с отделни протоколи: - Поетапно отнемане – с цел прекратяване на лечението чрез планирано и проследено редуциране на дозите; - Продължителна субституция – с цел дългосрочна стабилизация, ясни критерии за „take-home“ медикаменти, възможност за дългодействащи форми и достъп до налоксон за домашна употреба. И за двата варианта е необходимо ясно определяне на клиничните индикации, критерии за проследяване и минимални изисквания за психо-социална подкрепа. В заключение: БАСЗ изразява готовност да съдейства експертно за прецизирането на раздел X и раздел IX от проекта на стандарта. Считаме, че тези промени са необходими за осигуряване на съвременна, научно обоснована и хуманна система за грижа при зависимости в България, в пълно съответствие с европейските практики и обществените нужди. Сирма Георгиева – председател на Управителния съвет на БАСЗ		
kiedreva	За заложените в проекта като задължителни "меки" стаи, предварително трябва да има приети стандарти за изработване, за да бъдат унифицирани във всички стационарни психиатрични заведения.	Приема се.	Регламентирани са изисквания към изграждането, оборудването и обзавеждането на обезопасените стаи.

Становище от Българска Психиатрична асоциация	Позицията на БПА е, че предлагаме становището да бъде преработено, разширено и детайлизирано в следните точки, на които е добре да се обърне специално внимание, като ние бихме могли да съдействаме за това: 1. липсват програмите за грижи при пациенти с тежки психични разстройства (които присъстваха в предишния стандарт) - за сметка на това е оставена единствено метадоновата програма, която несъотвено заема близо 50% от обема на предложението 2. липсват програми за водене на случай - липсва концепция за дневен стационар/дневни грижи 3. липсват инструментални процедури като Електроконвулсивна терапия 4. липсват основни изисквания за адекватно осигуряване на обмен на здравна информация, необходима за качествено водене на случай с интегриране на извънболнична и болнична грижа, както и интегрирането на психиатричната и психосоциалната грижа. 5. липсват ясни концепции за: мултидисциплинарен екип, психологично консултиране и психосоциални подходи 6. така определените критерии за обезпечаване с персонал към момента са неизпълними при настоящото бюджетно осигуряване и налагат задължително увеличение на финансирането и прецизиране на стъпките и процедурите	Приема се частично.	Според Закона за лечебните заведения, медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента, в стандартите се описват видовете дейности. Не е налично изискване в медицинските стандарти да присъстват, програми, регламенти и методически указания за начина на самото изпълнение на дейностите. Съобразяването с регламенти и правила, гарантиращи добра клинична практика е задължение на всеки специалист, изпълняващ дейности по медицинска специалност. Поставеният акцент в проекта за стандарт върху лечението с опиоидни агонисти или агонист-антагонисти е с цел създаване на нормативна база за регламентиране на отпусканите препарати. Приета е бележката по отношение на липсата на концепция за дневен стационар, като са регламентирани изисквания (раздел II, т. 3). Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са
---	---	----------------------------	---

			приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи.
Nadya Ivanova <pzvratsa@gmail.com>	Предложение относно изискването за задължителна жива, невъоръжена охрана в психиатричните стационари с трето и второ ниво на компетентност 1. Да се регламентират правата и задълженията на лицата които ще изпълняват тези функции или да се направи препратка към съответния закон или нормативен акт. Смятам, че това е наложително, тъй като дейността "охранител" без значение дали е въоръжен или не, се изпълнява от лицензирани за това фирми. Деликатен е въпрос за тяхното присъствие в стационарите и съответно за формата им на контакт с пациентите. Стои въпрос и до колко това е регламентирано въобще в нашето законодателство. Предполагам, че писалите това изискване са имали предвид "охрана", която ще осигурява сигурността на персонала и на пациентите, а не охрана на имуществото на болниците. Смятам, че осигуряването на пряка връзка с органите на реда е далеч по надеждна и сигурна мярка, което обезмисля и задължителната допълнителната жива охрана/ в повечето случай със съмнително качество на човешкия фактор, поне в малките населени места/. Не говорим за средствата , които ще трябва да се отделят от "мега" бюджетите на лечебните заведения за тази дейност. Минимум 5-човека за 24 часово покритие. 2. Смятам, че наличието на " охрана" в стационарите ни прави уязвими пред закона в случай на инцидент както по отношение на пациентите така и по отношение на хората които ще изпълняват тази дейност. Това налага неизбежно разписването на правила за дейността, които да са в съответствие с действащата нормативна уредба.	Приема се частично.	Въпреки, че участието на органите на реда е най-добрият вариант за осигуряване на сигурността в отделението при необходимост, в много лечебни заведения съвременното пристигане на дежурните екипи е практически невъзможно. По тази причина, охраната на място има своето значение и би била от голяма полза. Тъй като договорите за охрана се сключват между лечебните заведения и охранителните фирми, регламентирането на дейностите трябва да бъде отразено в правилника за вътрешния ред на лечебното заведение, утвърден от директора.

	Надявам, се да се обърне внимание на тази фактология и да се изключи от стандарта императивния характер на това изискване- 24 часова жива невъоръжена охрана.		
д-р Никола Марков, член на управителния съвет на Сдружение „Колегиум Частна Психиатрия”	Днес имаме възможността да мислим за реална и устойчива реформа в системата на психиатричната помощ у нас само в контекста на амбулаторните практики, в своята същност доминиран от частни структури. След политическите и икономически промени от 1989 година в системата на здравеопазването се появи възможността за свободна професионална реализация, като се обособи секторът на частните амбулаторни практики. Началните стъпки в посока на деинституционализиране на психиатричната грижа бяха белязани от затруднения, ала наблюдаваната през последните години тенденция сочи към нарастваща административна обремененост и все повече практически трудности в условията за практикуване, което поставя под въпрос дългосрочната устойчивост на този модел. Между лекаря и пациента застават все повече институционални, нормативни и административни условия и регулации, които застрашават хуманните аспекти на медицинската дейност като професионална автономия, свобода на общуването, открит диалог и сътрудничество между лекар и пациент. Именно те се превръщат във фактор, влияещ отрицателно на мотивацията на младите, а и не само, специалисти, избрали да упражняват частна практика. Наблюдава се недиференцираност по отношение на естеството на дейността. Частните амбулаторни практики са поставени в обективно неблагоприятно положение, утежнение представляват изискванията за материално-техническо обезпечаване на практиките, които не отчитат спецификата на психиатричната дейност. Това поражда	Не се приема.	Липсват конкретни предложения по проекта на медицински стандарт. Маркираните проблеми и дадените насоки за развитие попадат извън предмета на проекта на наредба.

	както неоправдани финансови разходи, така и се превръща в повод за санкции. В рамките на договорните взаимоотношения с Националната здравноосигурителна каса частните психиатрични практики са подчинени на унифицирани изисквания, които не отразяват особеностите на специалността – включително необходимата продължителност на прегледа и обстоятелството, че вторичният преглед в психиатрията почти винаги е със същата диагностична и терапевтична тежест като първичния. Необходима е промяна на нормативната уредба, която да отчита спецификата на психиатричната дейност и различието ѝ от останалите медицински специалности. Освен това, достъпът на психиатричните пациенти до изследвания – лабораторни, електрофизиологични, образни и други – следва да бъде равен с този на всички останали пациенти. Психиатрите, вярваме ние, трябва да имат същите възможности за насочване на пациентите си, каквито имат и всички други специалисти. По-конкретно, необходимо е възможностите за насочване и изследване да бъдат изравнени между психиатър и невролог, като премахването на това различие би имало пряк положителен ефект върху диагностичната и терапевтичната ефективност. Значителна част от психиатричните пациенти са освободени от заплащане на потребителска такса, а този финансов ангажимент се поема изцяло от лекаря. Въпреки че по същество това представлява форма на дарение от страна на специалиста към социално уязвими групи, то не се признава като такова и не се ползва с каквато и да било форма на данъчно облекчение. Отбелязаното дотук води до трайна и отчетлива демотивация сред лекарите, която се проявява в прогресивен – а през последното десетилетие и рязък –		
--	---	--	--

	спад в броя на новоразкритите амбулаторни психиатрични практики, особено от млади специалисти. Този извод се базира на лични впечатления и мнения, изразени в професионалната общност. Вярваме, че е диалогът по темата изисква да бъде проведено същинско статистическо проучване на проблема, за което и отправяме своя призив. При запазване на съществуващите нормативни, институционални и административни условия, една съществена и трудно заменима част от системата на психиатричните грижи у нас е обречена на неизбежен упадък. Изразяваме нашата тревога и загриженост като отправяме настоящото становище и приложените към него препоръки към Министерство на здравеопазването, Българска психиатрична асоциация, Българския лекарски съюз, Националната здравноосигурителна каса, Комисията по здравеопазване на Народното събрание, представителите на пациентските организации в България, както и към всички съпричастни на проблема.		
ЦПЗ - Русе ЕООД	Проектът на медицински стандарт „Психиатрия“ съответства на нуждите на работещите в психиатричните лечебни заведения. Служи за надежден ориентир за сигурно и свободно от грешки обслужване на пациентите. Спомага за уеднаквяване на стандартите за лечение и сравнимост на получените резултати. Съобразен е със съвременните научни изследвания по темата и съответства на концепцията за психично здраве. Отразена е и ролята на екипната работа за повишаване на качеството на психиатричната помощ. Колегията на психиатрите от ЦПЗ - Русе ЕООД подкрепя изцяло така предложения проект на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“	Приема се.	Становището е в подкрепа на проекта на медицински стандарт.

НЦОЗА	1. Недостиг на конкретика и едностранчива рамка Стандартът е подробен в дефинициите, управленските процеси и изискванията към структурите, но липсва яснота за конкретните критерии за качество и оценка на резултатите от практическото приложение. Това може да усложнява системата за мониторинг и подобряване. 2. Недостатъчно акцент върху човешките права и етичните стандарти Въпреки че има раздели за човешките права и хуманитарни принципи, те не са достатъчно добре интегрирани в практическите процедури за лечение и управление. Това важи особено за практиките при принудително лечение и ограничаване на свободата, където е необходим по-ясен регулаторен механизъм за гарантиране на човешки права.	1. Не се приема. 2. Не се приема.	По т. 1 Психичните разстройства са често хронични, рецидивиращи, със значима социална тежест. Тежките заболявания изискват продължително лечение, персонализиран подход, което не може да бъде ограничено във фиксиран времеви период. Лечението е комплексно и освен медикаментозно лечение включва и психологична и социална работа, психосоциална рехабилитация и други средства на психиатричната грижа. Допълнително усложнение създава големият брой психично болни с телесна коморбидност, лекувана успоредно с психичното заболяване. По тези причини въвеждането на количествени критерии каквито съществуват в стандартите на някои от медицинските специалности е на практика неприложимо. Критериите за качество са тясно свързани с изискванията за квалификация на специалистите и материалната база, които са ясно разписани в стандарта. По т. 2: Спазването на човешките права и в частност на правата на пациента е регламентирано в голям брой закони и подзаконови нормативни актове като на първо място е Конституцията на Република България. Спазването на човешките права е универсално валидно и разделянето му на човешки права на пациентите с принудителни мерки и на такива без принудителни/задължителни мерки е недопустимо и ненужно. Опазването на правата на пациента и провеждането на лечение по правилата
---------------------	---	---	--

	3. Недостатък на иновативни и съвременни подходи Стандартът не включва напълно съвременните тенденции като дигитална психиатрия, телемедицина, автоматизирани системи за мониторинг или индивидуализирано лечение базирано на големи данни. Тези подходи биха могли да подобрят ефективността и достъпността на помощта.	3. Не се приема.	на добрата клинична практика е задължение на всеки специалист, работещ в системата на здравеопазването. В проекта за стандарт раздел XI е посветен изцяло на човешките и пациентски права, с цел да се въведе още една гаранция за спазването на тези права. Намираме, че допълнително акцентиране върху тази тема би надхвърлило рамките на предмета на проекта за медицински стандарт. По т. 3: Според Закона за лечебните заведения, медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента. Въпреки, че в настоящия проект е направена сериозна крачка за осъвременяване на изискванията към психиатричното обслужване в страната и доближаването му максимално до световните и европейските стандарти, разписването в него на всички методи и подходи на лечение и обслужване налични в съвременната психиатрия би било прекалено амбициозно и на практика неизпълнимо. Маркираните в становището иновативни методи далеч не са широко прилагани в съвременната българска психиатрична практика и включването им в проекта на стандарт сериозно би затруднило
--	--	-------------------------	--

	4. Недостатъчно ясно описание за обучение и квалификация В стандарта се посочва необходимостта от обучение, но не са уточнени стандарти или курсове за постоянна квалификация, както и механизми за оценка на компетентността на персонала.	4. Не се приема.	изпълнението му. Регламентирането на телемедицината в частност е обект на друг нормативен акт. По т. 4: Съгласно чл. 182, ал. 1 от Закона за здравето, съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина, фармацевтите, професионалистите по здравни грижи и на други лица, упражняващи регулирани медицински професии, съдействат за поддържане и повишаване на професионалната квалификация на своите членове и участват в организирането на следдипломното обучение. В съсловните закони като основни цели на съсловните организации са посочени: да представляват и защитават професионалните интереси на своите членове; да съдействат за повишаване на професионалната квалификация на членовете си и за поддържане на високото равнище на професионална компетентност при упражняване на медицинската професия; да съдействат за повишаване на качеството на медицинската помощ и за спазване на професионалната етика. За постигане на тези цели, съсловните организации: участват в организирането и провеждането на продължаващо медицинско обучение; приемат правилници и вътрешни правила за следдипломното обучение; създават и поддържат системи за акредитация и отчет на проведените форми за обучение. Както е видно от цитираните текстове, въпросът за поддържането и развитието на професионалната квалификация е прецизно законово регламентиран. Освен че излиза извън рамките на
--	---	-------------------------	--

	4. Необходимост на процедурите за профилактика и социална интеграция В документа не се акцентира достатъчно на превантивните мерки, ранната диагностика и дългосрочната социална рехабилитация като елементи за цялостната грижа, което е критично за устойчивостта на системата. Предложения за промени <i>Мониторинг и оценка</i> - Въвеждане на ясни показатели за качество и системи за оценка, като представяне на резултатите и показатели за удовлетвореност на пациентите. <i>Защита правата на пациента</i> - Укрепване на процедурите за информирано съгласие, въвеждане на механизми за жалби и контрол за злоупотреби при принудително лечение и ограничаване на свободата. <i>Приложение на иновации</i> - Интегриране на дигитални инструменти и телемедицина в стандартните протоколи, разработване на платформи за дистанционно наблюдение и лечение. <i>Обучение и квалификация</i> - Формализиране на програмите за постоянна квалификация, включително онлайн курсове, симулации и периодични проверки на знанията и уменията. <i>Превенция и социална интеграция</i> - Разработване на програми за ранна диагностика, образование за психично здраве, както и инициативи за ресоциализация и подкрепа на пациентите в общността.	5. Не се приема.	предмета на медицинския стандарт, едно такова допълнително регламентиране в стандарта би довело до регламентиране на един и същи проблем в два различни нормативни акта. По т. 5 Както посочихме по-горе, медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента. Не е налично изискване в медицинските стандарти да присъстват регламенти и методически указания за начина на самото изпълнение на дейностите, както и да се акцентира върху конкретни дейности. Съобразяването с регламенти, гайдлайни и правила, гарантиращи добра клинична практика и добро обслужване е задължение на всеки специалист, изпълняващ дейности по медицинска специалност.
--	---	-------------------------	---

	6. Предложения за промяна на стандарта по психиатрия в частта на лечение на зависимости 6.1. Да се прибави изречението към т.1.11.6.3. – Извършва се ЕКГ при пациенти без общоприети рискови фактори за удължаване на QT интервала, преди назначаване на доза над 150 мг. Метадон хидрохлорид. Всяка година при лечение с доза над 150 мг се мониторира ЕКГ. 6.2. Да се прибави 1.7.1.2.1. При пациенти с доза, двойно по голяма от максимално допустимата доза по Кратка характеристика, се препоръчва, да се извършва веднъж годишно определяне на плазмено ниво на лекарствения препарат, за да не се допусне токсично ниво на плазмена концентрация над 750 нанограм/мл. Пациенти с доза, двойно по голяма от максимално допустимата доза по Кратка характеристика се представят пред Експертния съвет по лечение на зависимости за разглеждане и одобрение (<i>Коменатар: В случай, че нормативната уредба и поконкретно задачите, разписани в правилника на Експертния съвет по лечение на зависимости го позволяват</i>). 6.3. Да отпадне от т. 1.13.1.2.3. – „сътрудник за лечение на зависимости“. Съгласно Националния класификатор на професиите и длъжностите такава професия не съществува. Считаме, че лекар не следва да изпълнява функциите на медицинска сестра, поради наличието на други длъжности и функционални задължения. 6.4. По отношение на т. 7.13.2. „Осигуреност с персонал, изисквания към екипа на програмите и изисквания за брой разрешени места в програмите“, предлагаме следните изисквания:	6.1.Приема се. 6.2.Приема се. 6.3.Приема се. 6.4. Приема се частично.	По т. 6.4.: Приемаме предложенията за персонал за програми до 100 места и за програми от 301 до 400 лечебни места. Относно екипите за програми от 101 до 200
--	--	---	--

	<i>Екипът на програма до 100 лечебни места трябва да включва най – малко: 1 лекар-психиатър (ръководител на програмата) назначен на трудов договор или договор за управление на половината от законоустановеното пълно работно време, 2</i> <i>медицински сестри и 1 психолог, назначени на трудов договор (психологът – на половината от законоустановеното пълно работно време) т.е. <u>½ щат лекар и ½ щат психолог.</u></i> <i>Екипът на програма със 101-200 лечебни места трябва да включва най-малко: 1 лекар-психиатър (ръководител на програмата) назначен на трудов договор или договор за управление на законоустановеното пълно работно време, 2 медицински сестри и 1 психолог или социален работник, назначен на трудов договор (<u>1 щат лекар и 1 щат психолог или ½ психолог + ½ социален работник</u>).</i> <i>Екипът на програма с 201-300 лечебни места трябва да включва най-малко 1 лекар-психиатър (ръководител на програмата) назначен на трудов договор или договор за управление на законоустановеното пълно работно време, 1 лекар – психиатър, назначен на трудов договор на половината от законоустановеното пълно работно време, 2 медицински сестри и 1 психолог, назначен на трудов договор на законоустановеното пълно работно време, 1 психолог или 1 социален работник, назначен на трудов договор на половината от законоустановеното пълно работно време (<u>1 ½ лекар + 1 психолог + ½ психолог или социален работник</u>).</i> <i>Екипът на програма със 301-400 лечебни места трябва да включва най-малко 1 лекар-психиатър (ръководител на програмата) назначен на трудов договор или договор за управление на законоустановеното пълно работно време, 1 лекар – психиатър, назначен на трудов</i>		и от 201 до 300 е уместно по-оптимално използване на лекарските позиции и съобразно обратната връзка от ръководителите на най-големите програми (до 250 места) приемаме, че 1 лекар психиатър на пълно работно време и 2 лекари на половината от пълното работно време са достатъчни за обслужването на програмите. Дадена е възможност за увеличаване на щата при необходимост.
--	--	--	---

	договор на законоустановеното пълно работно време, 2 медицински сестри и 1 психолог, назначен на трудов договор на законоустановеното пълно работно време, 1 психолог или 1 социален работник, назначен на трудов договор на законоустановеното пълно работно време (<u>2 лекари + 1 психолог + 1 психолог или 1 социален работник</u>) 6.5. За програми до 100 разрешени лечебни места лечебното заведение осигурява минимум следните помещения: 1 помещение за съхранение и раздаване на лекарствени продукти (сестринска стая), 1 чакалня за пациенти, тоалетна с мивка, <u>2 лекарски кабинета, единия от които се използва за консултиране и психологична работа.</u> Изискуемия минимум за екип на програмите и работните помещения, съотнесени към съответния брой разрешени места в програмите, е заложен в приложение №, което е неизменна част от Наредба №от за утвърждаване на медицински стандарт по психиатрия. <u>Приложение №</u> <table><tr><th>Брой места</th><th>Екип</th><th>Ка</th></tr><tr><td>100 места</td><td>1 щат - ½ лекар + ½ психолог</td><td>36 /2</td></tr><tr><td>101-200 места</td><td>2 щата – 1 лекар + 1психолог или 1 лекар + ½ психолог + ½ соц. работник</td><td>36 /2</td></tr></table>	Брой места	Екип	Ка	100 места	1 щат - ½ лекар + ½ психолог	36 /2	101-200 места	2 щата – 1 лекар + 1психолог или 1 лекар + ½ психолог + ½ соц. работник	36 /2	6.5. Приема се частично.	6.5. Предложението за осигуряване на помещения е непълно. Предложени са критерии само за програми до 100 лечебни места. Относно работното време, същото следва от въведените изисквания за персонал. Прието е уточняване, че при пациенти във „Въвеждащ етап“ трябва да бъде осигурено ежедневното им посещение на програмата, което включва събота, неделя и празнични дни.
Брой места	Екип	Ка										
100 места	1 щат - ½ лекар + ½ психолог	36 /2										
101-200 места	2 щата – 1 лекар + 1психолог или 1 лекар + ½ психолог + ½ соц. работник	36 /2										

	201-300 места	3 щата- 1 ½ лекар + 1 ½ психолог или 1 ½ лекар + 1 психолог + ½ соц. работник	4 бр. /3 кабинета+1помещение/	
	301-400 места	4 щата – 2 лекари + 2 психолози или 2 лекари + 1 психолог +1 соц. работник	5 бр. /4 кабинета+1помещение/	
Работно време /т.7.13.3/ - програми до 100 лечебни места да са с работно време не по-малко от 4 часа в дните от понеделник до петък. За програми над 100 леч. места работното време да е не по-малко от 7 часа в дните от понеделник до петък. При наличие на пациенти във „Въвеждащ етап“, както и на такива, които са на ежедневен прием, трябва да бъде осигурено ежедневното им посещение на програмата, което включва събота, неделя и празнични дни. 7. Да се добави т. 1.17. „Лечение на лица под 18г. с проблемна употреба и злоупотреба на психоактивни вещества.“ Лица под 18 години със злоупотреба или зависимост от психоактивни вещества се насочват към специализирани заведения за лечение на психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества, извънболнични психиатрични				
	7. Не се приема.		По т. 7: Лечението на лица под 18 годишна възраст с каквито и да е психични разстройства, включително зависимости е предмет на медицинския стандарт по детска психиатрия. Поставеният акцент в проекта за стандарт върху лечението с опиоидни агонисти или агонист-антагонисти е с цел създаване на нормативна база	

	практики или програми за психосоциална рехабилитация за продължителни интервенции. В лечебните заведения за психиатрична помощ (ЦПЗ, ДПБ, психиатрични отделения към МБАЛ и УМБАЛ), в които се извършва лечение на лица, злоупотребяващи или зависими към психоактивни вещества, част от легловата база да бъде предназначена за лечение и психо-социална рехабилитация на лица под 18г., със злоупотреба или зависимост към психоактивни вещества. Диагнозата и оценката изискват изследване от мултидисциплинарен екип, който включва психиатър, детски психиатър и психолог. За пациенти под 18-годишна възраст е необходимо информирано съгласие от родителите, а при липса на такова се изисква писмено потвърждение от социалните служби. В предложения текст на стандарт по психиатрия Раздел X Зависимости към психоактивни вещества съществува единствено част „Лечение на синдром на зависимост към опиоиди с опиев агонисти и агонист-антагонисти“. Видно е, че тази част е несъответна по обем спрямо текста на целия стандарт по психиатрия. Но в същото време е задължително да се запази в нормативен документ частта „Лечение на синдром на зависимост към опиоиди с опиев агонисти и агонист-антагонисти“, защото въз основа на изискванията, които са заложиени в този раздел, министърът на здравеопазването издава Разрешение за работа на съответната програма за лечение с агонисти и агонистиантагонисти на лица, зависими към опиоиди.		за регламентиране на отпусканите препарати. Тъй като медицинските стандарти нямат за цел да обучават специалистите в умения за провеждане на диагностика и лечение т. е. те не са учебници, в тях не е прието да се разглежда лечението на каквото и да е разстройство или заболяване в детайли.
--	---	--	---

	<i>В Раздел X липсват описани подходите за лечение в психиатрията към зависимостите към психоактивни вещества, както и към другите видове зависимости като хазарт, компютърна зависимост и др., което прави стандарта частичен и несъответен спрямо актуалната ситуация. Липсва цялостен подход към проблемите на зависимите поведения.</i> <u>Заклучение:</u> Считаме, че така предложения стандарт по Психиатрия в Раздел X „Зависимости към психоактивни вещества“ <u>не следва да бъде приет в този вид.</u> Предлагаме създаване на работна група, която да разпише психиатричните интервенции и подходи в Зависимостите към психоактивни вещества, да се създаде нов „Раздел за други зависими поведения“ като адекватно на нормативната уредба организира текстовете, съответно в Стандарт по психиатрия, Фармакотерапевтично ръководство и Наредба № 2 от 20 юни 2012 г. за условията и реда за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди. Стандартът по психиатрия има солидна основа, но за да бъде по-ефективен и адаптиран към съвременните изисквания, е необходимо да се прилагат по-строги механизми за качество, човешки права и иновации в практиката.		
--	---	--	--

ЦПЗ Велико Търново	На 25.10.2025г., в рамките на XXXIII-тата годишна конференция на БПА, след обсъждане на публикувания на страницата на МЗ проект на Наредба на утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“, изразяваме следното професионално становище: Стандарт “Психиатрия“ е задължителен документ, определящ всички професионални, етични и юридически параметри за работа и провеждане на лечение в стационарните и амбулаторни психиатрични структури в страната. Освен като документ, определящ професионални и терапевтични параметри, стандартът защитава дейността на всички лица, ангажирани с обезпечаване на психичното здраве на населението. Предстоящото влизане на България в еврозоната от 01.01.2026г. ни задължава да преведем всички психиатрични структури съобразно изискванията на европейските стандарти за опазване на менталното здраве на гражданите в Република България. Приемаме, че така предложеният стандарт в съществена степен покрива европейските изисквания за психиатрично обслужване. Категорично заявяваме, че реализацията на предложения от Вас проект изисква адекватно финансиране по Наредба №3/05.04.2019г. на МЗ за медицинските дейности, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, а именно завишаване стойността на един леглоден от 92 лв., към настоящия момент, на поне 150 лв. Предвид факта, че средно за страната един стационарен леглоден (по данни от сайта на МЗ за ЛЗБП с над 50% държавно участие) е на стойност около 550лв., настояваме за психиатричната дейност по чл.41, т.1 на Наредба №3 да бъдат осигурени минимум 150 лв.	Приема се по принцип.	Предложението не е предмет на проекта на медицински стандарт. Същото подлежи на допълнително обсъждане и касае финансовата рамка.
----------------------------------	--	------------------------------	--

	В противен случай заложените в предлагания от Вас стандарт параметри за лечебна дейност са категорично неосъществими.		
д-р Боряна Екова, д-р Емил Грашнов	Становището се отнася до частта от проекта на наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“, в която в раздел Х „Зависимости към психоактивни вещества“ се въвеждат нови изисквания относно работното време на ръководителя (лекар-психиатър) на Програма за лечение с опиев агонисти и агонист-антагонисти. Проектът на наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“ предвижда в т. 1.13.2.2.3 на раздел Х лекар-психиатър, ръководител на програма с над 100 места, да бъде назначен на трудов договор или на договор за управление на законоустановеното пълно работно време. Нормативният акт при приемането трябва да е в хармония с действащите нормативни актове. Законоустановеното пълно работно време е правен термин, използван в Кодекса на труда и Наредбата за работното време, почивките и отпуските. Този термин се използва, за да се означа петдневна работна седмица с продължителност на труда 40 часа и осемчасов работен ден. Кодексът на труда и подзаконовите нормативни актове по прилагането му предвиждат отклонения от законоустановеното пълно работно време като удължаване на работното време, намалено работно време и непълно работно време. Лекарите-психиатри, които работят с лица с психични разстройства и ментални увреждания, попадат в специална категория. Съгласно „Наредбата за определяне	Приема се.	В съгласие с предложеното от екипа на НЗОЗА в предложенията за работното време. Приемаме предложенията за персонал за програми до 100 места и за програми от 301 до 400 лечебни места. Относно екипите за програми от 101 до 200 и от 201 до 300 е уместно по-оптимално използване на лекарските позиции и съобразно обратната връзка от ръководителите на най-големите програми (до 250 места) приемаме, че 1 лекар психиатър на пълно работно време и 2 лекари на половината от пълното работно време са достатъчни за обслужването на програмите. Дадена е възможност за увеличаване на щата при необходимост.

	на видовете работи, за които се установява намалено работно време“ лекарите-психиатри имат право на седемчасов работен ден и тридесет и пет часова работна седмица. За тях се допуска удължаване на работното време до осем часа на ден и четиридесет часова работна седмица само до 60 работни дни през календарна година и то не повече от двадесет последователно (чл. 136А КТ). Лекар-психиатър, ръководител на програма с над 100 места, ако сключи договор и отговори на изискванията за работно време в проекта за наредба, ще наруши трудовото законодателство. С оглед на принципа <i>Lex specialis derogat generali</i> виновните лица трябва да бъдат глобени от компетентния орган при установяване на такова нарушение. Също така удължаването на работното време води и до допълнителна административна тежест, тъй като работодателят е длъжен да води специална книга за отчетност на удължаването. Въвеждането на законоустановеното пълно работно време ще се отрази и в още един аспект на лекар-психиатър, който е ръководител на програма за лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти с над 100 места. В сега действащия медицински стандарт „Психиатрия“ е предвидено лекар-психиатър, който е ръководител на програма, да работи по договор на половината от законоустановеното пълно работно време. Тази норма дава възможност на психиатъра да работи по своята специалност с други пациенти в лечебно заведение. Това изменение ще задълбочи проблема с кадровата		
--	---	--	--

	обезпеченост на психиатричните здравни заведения, имайки предвид недостига на психиатри. Обосновано е лекар-психиатър, който е ръководител на програма, е работи през определен минимум от работното време на програмата. Той има своите задължения по сега действаща наредба и по проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, но от това не произтича необходимостта работното време да е пълно работно време. Още повече програмите имат гъвкаво работно време и то често не достига до пълното работно време. Предложението е да бъде запазено досегашното правило за работното време на лекар-психиатър, който е ръководител на програма.		
Д-р Белин Илчев ДПБ Кърджали	1. Да се удължи срока за обсъждане на този изключително важен нормативен документ и времето за въвеждане на приетите норми. 2. Да залегнат в разработката полезни практики от натрупания наш опит досега /позитивен, негативен/. 3. Да бъде правно съобразен с нашето и европейско законодателство. 4. Предлаганите промени следва да отчитат реалните възможности за осъществяване без това до доведе до закриване на структури, които вече се реновират от европейски програми и наши финансови средства, съгласно ПВУ. 5. Да се имат предвид препоръките отправени от д-р Мария Петрова – адвокат по медицинско право, изнесени на Конференцията на БПА в периода 24-26.10.2025 г. относно Стандарта по Психиатрия, необходимостта от редактиране и прецизиране, за да е съгласуван и хармонизиран с нашето и европейско законодателство, както и с други важни документи като скоро приетия Стандарт по здравни грижи. Добре е д-р	Не се приема.	Проектът на медицински стандарт е изцяло съобразен и в синхрон с българското и с европейското законодателство. Становището не съдържа конкретни предложения по проекта на наредба.

	Мария Петрова да е включена в групата разработваща актуалната версия на Стандарта по Психиатрия. 6. От актуалната международна и вътрешна обстановка в страната е видно, че укрепването и реновирането на психиатричните структури, тяхното хармонично взаимодействие и единството е елемент от националната сигурност. Тяхното дестабилизиране може да доведе до срив в цялата система на здравеопазване и сферата на социалните услуги, където към момента има остър дефицит на подходящи структури и подготвени кадри за обслужване на психиатрични пациенти особено такива, нуждаещи се от продължителни грижи.		
д-р Александър Канчелов	Предложените изменения и допълнения са формулирани и приети с пълен консенсус в професионално обсъждане от ръководители на програми за лечение с опиев агонисти и представители на екипите на лечебни програми. Изцяло подкрепяме инициативата и необходимостта от актуализиране на Стандарта като цяло и в частност“ Раздел Х. Зависимости към психоактивни вещества. Лечение на синдром на зависимост към опиоиди с опиев агонисти и агонист-антагонисти“. Предложеният текст на Раздел Х. Зависимости към психоактивни вещества. Лечение на синдром на зависимост към опиоиди с опиев агонисти и агонист-антагонисти“ в публикувания за професионална и публично обсъждане в сайта на МЗ проект е подходящ, осъвременен и отговарящ както на актуалните професионални потребности и развития на лечебната система за лечение на синдром на зависимост към опиоиди		

	с опиевеи агонисти и агонист-антагонисти, така и съвременния психо-социален профил на пациентите. С оглед прецезиране на обновения текст на Стандарта, оптимизиране функционирането и ефективността на лечебните програми и осигуряване на възможности за равен достъп на всички пациенти до този вид лечение, предлагаме да бъдат направени необходимите допълнения и промени. Предложените промени в част 1.9.1.6., 1.9.1.7. и 1.9.1.8. отговарят на необходимостта да се даде възможност на стабилизираните пациенти, за които не е предоставен равен достъп до лечение, да не отпаднат от лечение поради липса на достъп до лечение там, където работят или живеят. Поради диспропорционалното териториално разпределение на лечебните програми се създават сериозни затруднения и на практика невъзможност да се предостави лечение за част от пациентите, специално тези, на които се налага да пътуват до други населени места, поради липса на достъп до лечение там, където работят или живеят. Това важи особено за хора, които работят и биха загубили работата си поради необходимостта регулярно да отсъстват от работа и тези, които не работят, нямат собствени приходи, но се налага да правят значителни транспортни разходи за пътуване до друго населено място и не биха могли да започнат работа поради необходимостта регулярно да отсъстват, поради липса на достъп до лечение, там където живеят.		
--	---	--	--

	Предложените промени са необходими за прецизиране на текста и критериите, тъй като в досегашния текст част от критериите като „отстоящо отстояние повече от 150 км“ са формални и не съобразяват други обстоятелства, които затрудняват достъпа до лечебната програма. Също така „хронично състояние“ не изчерпва болести и симптоми, които протичат остро, но могат да имат усложнения с различна продължителност и да затрудняват придвижването. Предложените промени ще улеснят значително стабилизираните пациенти, които са в неравностойно положение, със здравословни проблеми, с увреждания, трудно подвижни.... Предложените промени дават възможност за устойчива работна заетост и подпомагат психосоциалната рехабилитация и ресоциализацията на пациентите, качеството на живот, осигуряването на право на възможност за равен достъп до лечение. Предложения за допълнения и промени в текста на Стандарта <i>Раздел X. Зависимости към психоактивни вещества. Лечение на синдром на зависимост към опиоиди с опиев агонисти и агонист-антагонисти</i> 1. В част 1.9.1.10. - „НЦН“ да се замени с „НЦОЗА“ 2. В част 1.9.1.6. Съществуващият текст	1. Приема се.	
--	--	----------------------	--

	„хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, наличие на физически недъг, живеене в отдалечено място, отстоящо на разстояние повече от 150 км от местоположението на лечебната програма.“ <i>Да се замени с</i> <i>„при хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, командировка, заболяване, което ограничава придвижването, живеене или работа в отдалечено място със затруднен достъп поради затруднен транспорт, състояние на пътища, необходимост от допълнителни финансови средства за заплащане на придвижването.“</i> 3. В част 1.9.1.7. Съществуващият текст „наличие на физически недъг, тежко хронично заболяване, при хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, временна работа в отдалечени места, ваканция.“ <i>Да се замени с</i> <i>„при хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, командировка, заболяване, което ограничава придвижването, живеене или работа в отдалечено място със затруднен достъп поради затруднен транспорт, състояние на пътища, необходимост от допълнителни финансови средства за заплащане на придвижването, ваканция.“</i> 4. В част 1.9.1.8. Съществуващият текст	2, 3 и 4: Приема се частично.	По т. 2, 3 и 4: Относно предложените промени в т. 1.9.1.6., 1.9.1.7. и 1.9.1.8.: Предоставянето на по-големи количества от препаратите за лечение на опиоидни зависимости са достатъчно добре обосновани в проекта за медицински стандарт „Психиатрия“. Предложените корекции, биха разширили критериите за предоставяне на по-големи количества препарати, което крие рискове от злоупотреби. Тези рискове се потвърждават и от данни на НЦОЗА за увеличена употреба сред населението на опиоиди в по-отдалечените от програмите места. От друга страна понятието „физически недъг“ е уместно да бъде заменено, тъй като не отговаря на съвременните терминологични изисквания, съобразени с правата на човека.
--	---	--	--

	„с продължителност на лечението не по-малко от 1 година, които живеят или работят в отдалечено място, отстоящо на разстояние повече от 150 км от местоположението на лечебната програма.“ <i>Да се замени с</i> <i>„при хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, командировка, заболяване, което ограничава придвижването, живеене или работа в отдалечено място със затруднен достъп поради затруднен транспорт, състояние на пътища, необходимост от допълнителни финансови средства за заплащане на придвижването.“</i> 5. В част 1.13.2.2.3 Съществуващият текст „Екипът на програма над 100 лечебни места трябва да включва най-малко: 1 лекар-психиатър (ръководител на програмата), назначен на трудов договор или договор за управление на законоустановеното пълно работно време“ <i>Да се замени с</i> <i>„Екипът на програма над 100 лечебни места трябва да включва най-малко: 1 лекар-психиатър (ръководител на програмата), назначен на трудов договор или договор за управление на законоустановеното пълно работно време, или 2 лекари-психиатри (един от тях е и ръководител на програмата), назначени на трудов договор или договор за управление на половината от законоустановеното пълно работно време.“</i>	5. Приема се частично.	5. Относно предложенията за осигуреност с персонал. При програми с голям брой пациенти, би било трудно изпълнението на задачите да бъде осигурено с предложени брой лекари и други специалисти, поради което се приема само за програми с до 300 пациенти.
--	---	-------------------------------	--

Национална мрежа за децата	С настоящото Национална мрежа за децата (НМД) депозира становище по проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“. Проектът на медицинския стандарт определя структурата, принципите и изискванията за осъществяване на психиатричната помощ в България. Основните цели са ранна диагностика, адекватно лечение, психосоциална рехабилитация и ограничаване на институционалната зависимост, като се подчертава мултидисциплинарният подход - съвместната работа на психиатри, психолози, социални работници и други специалисти и зачитането на човешките права. НМД подкрепя Наредбата, в това число фокуса върху зачитане правата на пациента и провеждане на всички тестове, лечение и наблюдение в режим на хуманност и запазване на човешкото достойнство на пациентите. Важен акцент е сложен върху етичната отговорност при ограничаване на свободи и при спешно настаняване без съгласие. Въведено е и изискване за уведомяване на близки и провеждане на клинична конференция до 24 часа след принудително настаняване. Подчертаваме, че все още няма стандарт „Детска психиатрия“ и в този смисъл предлагаме допълнения с оглед гарантиране на грижа, ориентирана към човека, спазване на пациентските права и специален фокус върху закрила на децата. Права на децата Настояваме да се въведе отделен стандарт „Детска психиатрия“ или, като минимум, отделен раздел в настоящата Наредба за стандарт за детска и юношеска психиатрия. От изключително значение е участието на детски психиатър при лечение на лица под 18-годишна възраст. От години броят на детските психиатри е	Приема се по принцип.	Оценката е пример за разбиране на психиатричната помощ и за подкрепа на усилията и стремежа за доближаване на обслужването и грижата за психично болните до световните и европейски стандарти. Проектът на наредба за медицински стандарт „Детска психиатрия“ е публикуван за обществено обсъждане на интернет страницата на Министерство на здравеопазването и на Портала за обществени консултации.
--	--	------------------------------	---

	изключително малък и неравномерно разпределен за страната – основно в големите градове. Не всички психиатри имат сключени договори с НЗОК, което отново препятства достигането до навременна помощ, особено за родители, които нямат финансова възможност. С оглед на недостатъчния брой на детските психиатри (32 за цялата страна за 2024 г., отчита се повишение спрямо 22 през 2023 г.¹), е необходимо регламентирането на сътрудничеството и координацията както с общите психиатри, така и с немедицинските специалисти – психолози, психотерапевти, логопеди, които работят и сега в областта на детското психично здраве. Проектът следва изрично да забранява изолацията и физическото ограничаване на деца, освен в изключителни случаи, които да са в съответствие с висшите интереси на детето, да почиват на най-добрите психиатрични практики и да са определени в стандарта. При абсолютна необходимост от физическо ограничаване на дете, то да става със съгласието на родител/настойник и с осигурени грижи и надзор от страна на медицински и други специалисти, в т.ч. психолози, психотерапевти и социални работници. Настояваме при психиатрично лечение на деца да се гарантира адаптирана среда и участие на родители/настойници в процеса. Необходимо е стандартът да въведе уведомяване и задължителен надзор от страна на Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД) и Агенция за социално подпомагане (АСП), в частност отделите за закрила на детето, при принудително настаняване на дете. При възможност и съобразено със състоянието на детето, бъде продължена добрата практика за предоставяне на подкрепа и консултации за деца с психиатрична диагноза		
--	--	--	--

1 Официални данни на МЗ и НЦОЗА, подадени на НМД за доклада „Бележник 2025“.

	или прояви на психично страдание от страна на социалните услуги, като различните видове дневни центрове и стационарни услуги. Превенция и ранна интервенция Застъпваме се за това стандартът да заложи принципите на превенция и ранна интервенция на психичните разстройства – за деца и за възрастни. Важен момент е интегрирането на превенцията в общата здравна система, чрез подчертаване ролята на първичната медицинска помощ (лични лекари, педиатри, училищни психолози) в разпознаването на ранните признаци на психично страдание и активация на междусекторната координация. По смисъла на превенцията, следва да се мисли и работи по профилактични прегледи (например психосоциални скрининги) в училищна среда, особено при деца в риск, в т.ч. хронични отсъствия, поведенчески трудности, преживяно насилие и др. Разширяване на услугите и работа, основана на данни Възможностите за хоспитализация на деца с психични заболявания все още са твърде ограничени. В страната функционират две детски психиатрии и три детско-юношески дневни стационара. Наличните ресурси не са териториално разпределени, което на практика оставя много деца и родители в затруднена позиция без реална възможност за подкрепа, особено в ситуация на спешност. Изключително важен фактор за детската психиатрия е обезпечаването със специализирани кадри, както и провеждането на епидемиологични проучвания за видовете психични заболявания и тяхната честотата сред децата и юношите в България. Наличието на достатъчно данни би дало възможност за извеждане както на ключови тенденции, така и на изготвяне на системен анализ, който да повиши нивото на психиатричната грижа. За момента у нас генерално липсват данни за децата с психични		
--	--	--	--

	страдания, в това число и ползватели на социалните услуги за деца и семейства. Мултидисциплинарната работа по случаи е ключова с цел ефективна подкрепа, която да осигури продължителност на грижата за най-нуждаещите се. Към момента не се събират данни от психиатричните клиники за лечението на деца и юноши, нито от амбулаторните прегледи или от индивидуалните практики на терапевтите. МОН събира данни за деца със СОП на възраст от 2 до 20 г. от детски градини, училища и центрове за специални образователни потребности. Отворен остава въпросът дали тези данни са достатъчни за изготвянето на ясна клинична картина, която да насочва към определени тенденции и закономерно към профилактика. Това отново насочва към необходимостта от ранни скрининги от общопрактикуващите лекари, които да индикират за проблем още в ранна възраст. В заключение, НМД заявява подкрепа към усилията на Министерство на здравеопазването за разработване на стандарт „Психиатрия“ и оставаме на разположение като общност от професионалисти, експерти и практики за предлагане на допълнителни и конкретни предложения при разработване и обсъждане на стандарт „Детска психиатрия“		
Д-р О.Церовски Директор на ДПБ-Бяла	Считам, че предложените текстове на проекта за медицински стандарт „Психиатрия“ са неприемливи по следните причини: 1. Срока за обсъждане бе кратък и малко от заинтересованите страни успяха да излязат с мнение, и коментари.	1. Не се приема.	1. Срокът за обществено обсъждане на проекта е 30-дневен и е съобразен с чл. 26, ал. 4 от Закона за нормативните актове.

	2. Държавните психиатрични болници не могат да покрият изискванията за брой медицински и немедицински персонал на смяна съгласно посочените в проекта, поради липсата на щат и финансиране, а и поради физическата липса на кадри. 3. До колко е целесъобразно изискването за инсталация за подаване на кислород /стационарна/ на територията на лечебното заведение, както и т.н. „тапицирана стая“. Стационарната инсталация за подаване на кислород представлява риск за безопасността на пациенти и служители, като не е посочена възможност от мобилна такава. 4. Кой, кога и как ще осигури ресурсите за обучение на санитарите?	2. Приема се по принцип. 3. Приема се. -	2. Въпреки занижените критерии за брой на персонала разписани в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“, които изисквания биха осигурили минимално, но в никакъв случай оптимално качество на услугата, обратната връзка от лечебните заведения е, че тези минимални изисквания са трудно изпълними. В тази връзка изискванията за персонал в проекта за наредба за медицински стандарт „Психиатрия“ са приведени в съответствие с изискванията посочени в медицински стандарт „Здравни грижи“. 3. Променени са изискванията за изграждане на инсталация за подаване на кислород за първо и второ ниво на компетентност, като е предвидено при липса на възможност за изграждане на перманентна кислородна инсталация да се осигурява мобилна такава. Включени са и изисквания към обезопасените стаи. 4. Липсва предложение. В държавните психиатрични болници, които са държавни лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, директорът организира, ръководи и контролира цялостната дейност на лечебното заведение, назначава и освобождава персонала, включително и осигурява необходимото обучение и други
--	---	---	--

	В заключение, ясно е, че Държавните психиатрични болници в установения шест месечен срок, не могат да изпълнят изискванията за стандарта по „Психиатрия“, което би довело до евентуалното им закриване или лошото да продължат да функционират извън стандарта, със всички негативни последици от това.	Приема се по принцип.	условия за изпълнение на задълженията на персонала. Срокът за привеждане в съответствие с изискванията на стандарта е удължен на 1 година.
--	--	------------------------------	--

ДОБРОМИРА КАРЕВА
ЗАМЕСТИК-МИНИСТЪР