



# **НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ**

## **2020**

**2015 г.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	3
Здравно-политически контекст	5
Здравно-демографски контекст	10
<b>Визия, цели и приоритети</b>	<b>12</b>
<b>Приоритет 1: Създаване на условия за здраве за всички през целия живот</b>	<b>15</b>
Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата (от 0 до 1 година)	16
Политика 1.2. Здраве за децата и юношите (от 1 до 19 години)	21
Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст (от 20 до 65 години)	26
Политика 1.4. Здраве за възрастните хора (над 65 години)	31
Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве	36
Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания	43
Политика 1.7. Здраве за уязвими групи	48
<b>Приоритет 2: Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати</b>	<b>52</b>
Политика 2.1. Осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазване	53
Политика 2.2. Осигуряване на качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти	63
Политика 2.3. Развитие на интегриран модел на спешна медицинска помощ	72
Политика 2.4. Развитие на първичната извънболнична помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ	78
Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ	83
Политика 2.6. Развитие на електронното здравеопазване	89
Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване	93
Политика 2.8. Осигуряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване	98
Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система	103
<b>Приоритет 3: Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване</b>	<b>106</b>
Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите	107
Политика 3.2. Надзор на заразните болести	110
Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол	115
Комуникационна и медийна политика	119
Междусекторно сътрудничество и партньорство с неправителствения сектор	122
Мониторинг и оценка	125
Рискове и ограничения	127



*Уважаеми дами и господа,*

*Пред вас е актуализираната Национална здравна стратегия.*

*За мен е огромно удоволствие да ви представя този разказ за едно по-добро бъдеще.*

*Бъдеще, в което да се раждат и растат здрави нашите деца. Бъдеще, в което майките и бащите ни да остаряват достойно и в добро здраве. Бъдеще, в което ние да продължим да живеем и да сме отговорни за своето и тяхното здраве.*

*Бъдеще, в което здравето е прието от всички като висше право, но и като осъзната отговорност. Като инвестиция и основен ресурс за икономическо и социално развитие.*

*Здравето е ценност. Може би осъзнаваме значението му в цялата му пълнота, когато видим неговата недостатъчност. Защото доброто здраве е от жизнено важно значение за всеки човек, семейство и общност.*

*Здравето е уязвимо. То се влияе от всичко, което ни заобикаля, от начина по който живеем, от грижата, която получаваме.*

*Здравето ни се влошава. Ние боледуваме повече, живеем повече с болестта и умираме повече в сравнение със своите европейки съграждани.*

*Здравето може да бъде подобро. Всеки може да получи максимално възможното ниво на здраве.*

*Но трябва да се изправим срещу предизвикателствата на всяко едно равнище – индивидуално, общностно, институционално и да предприемем добре обмислени, стратегически обусловени и координирани действия.*

*С тази цел бе разработена настоящата актуализирана Национална здравна стратегия.*

*В хода на целия процес на разработване амбицията ни бе да превърнем тази стратегия в уникално по рода си съчетание от най-добрите политики в областта на общественото здраве, базирани на приемствеността, натрупания опит и стратегическата перспектива за развитие на системата на здравеопазване като основен фактор за растеж на страната ни.*

*Убеден съм, че независимо дали сте ляв или десен политик, дали сте работодател, медицински специалист, представител на гражданското общество, журналист или просто любопитно надникнал тук човек, написаното ще ви помогне да вземете по-здравословни, по-безопасни и икономически по-мъдри решения.*

*Д-р Петър Москов  
Министър на здравеопазването*

## ВЪВЕДЕНИЕ

Националната здравна стратегия (2014-2020)<sup>1</sup> е водещият стратегически документ, който конкретизира целите за развитие на системата на здравеопазването до 2020 г. Документът е приет от Министерски съвет на Република България на 21.09.2013 г.

Настоящата Националната здравна стратегия 2020 е актуализация въз основата на оценка на настъпилите промени през едногодишния период на изпълнение и приетите нови програмни и стратегически документи, законодателни промени и инициативи, свързани с развитието на страната и на системата на здравеопазване.

Националната здравна стратегия е стратегическа рамка на политиката за здравеопазване.<sup>1</sup> Тя е в съответствие с ангажиментите на България на европейско и международно ниво, но въплъщава и стремежа на държавата за избор на национален път за развитие на системата на здравеопазване.

Стратегията е основана на схващането, че доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност. Здравето има решаващо значение за намаляване на бедността като същевременно допринася за устойчивото развитие и се възползва от него. Най-важното – доброто здраве, вече не може да се разглежда като резултат от дейността на един единствен сектор – здравеопазването. Устойчивите и еднакво достъпни подобрения на здравето са продукт от успешната политика на цялата държава, както и на координираните действия на обществото.

Визията, целите и приоритетите на Стратегията са дефинирани на базата на анализ на здравно-демографското състояние и състоянието на системата на здравеопазване в ежегодните доклади за здравето на гражданите, които показват че през последните десетилетия българската здравна система изостава спрямо здравните системи на страните от ЕС по отношение на ключовите фактори за устойчиво развитие.

Основните предизвикателства са свързани с прогресивно влошаващите се показатели за здравно-демографското състояние на населението, нарастването на здравните неравенства и невъзможността на националната здравна система да отговори по адекватен начин на потребностите от достъпни и качествени здравни услуги. Пренебрегването на тези проблеми и забавяне-

*„Здравето не е просто ценност сама за себе си – то е и фактор за растеж. Само население в добро здраве може да развие напълно своя икономически потенциал.“*

Регламент на Европейския парламент и Съвета за създаване на Програма „Здраве за растеж“

*„Здравната политика следва да се разбира като средство за осигуряване на обединените усилия на обществото за решаване на здравните проблеми, а не само като дейност на държавата или система от официални решения.“*

Доклад „Бъдещето на общественото здравеопазване“  
Институт по медицина на САЩ

<sup>1</sup> В съответствие с предварителна условност 9.3. на Споразумението за патньорство, очертаващо помощта от европейските структурни и инвестиционни фондове за периода 2014-2020 г.

то на адекватните действия на държавата за тяхното решаване има изключително неблагоприятно въздействие върху развитието на системата на здравеопазването, респективно върху здравето на гражданите в дългосрочен план. Българското правителство ясно осъзнава тези предизвикателства и ги адресира в актуализацията на Националната здравна стратегия чрез формулираните в нея национални здравни цели. Стратегията съдържа приоритети и политики за преодоляване на нарастващите предизвикателства пред здравето на българските граждани. Представени са начините за обвързване на здравните политики с мерките, осигуряващи равнопоставеност, необходимите въздействия върху социалните детерминанти на здравето и основните предпоставки за функциониране на здравната система.

Основните мерки са насочени към подобряване на достъпа и преодоляване на здравните неравенства чрез развитие на интегрирана система за спешна помощ, оптимизиране на болничната и извънболничната помощ, развитие на електронното здравеопазване, ефективна лекарствена политика, подобряване на качеството на медицинската помощ и безопасността на пациентите. Изпълнението на мерките цели повишаване на ефективността на системата и справедливо разпределение на ресурсите спрямо потребностите на населението.

Политиките за опазване и подобряване на здравето са насочени към генериране на дългосрочен икономически растеж на национално и регионално ниво, както и към осигуряването на ефективно действие на защитните механизми на публичния сектор по отношение на социалното включване и борбата с бедността.

Националната здравна стратегия е интегриран документ за развитие на системата на здравеопазване на България, който обхваща пълния комплекс от действия в областта на здравеопазването, като същевременно създава условия за постигане на националните цели, заложи в Националната програма за развитие „България 2020“<sup>2</sup> и всички действащи стратегически и програмни документи.

Националната здравна стратегия осигурява платформа за партньорство и сътрудничество на всички заинтересовани страни. Тя изисква ангажираност от цялото общество като отправна точка при планирането, разработването, осъществяването и наблюдението на здравната политика на всички равнища.

*„Обществата и индивидите имат много цели. Интереси и партньори в рамките на обществото трябва да се обединят, за да се постигне по-добро здраве и благосъстояние, а здравното равнопоставяне може и трябва да допринесе за постигането на целите и стремежите на другите сектори.*

*Пътят към по-добро здраве не е еднопосочна улица, но без здраве, шансовете за постигане на други цели в живота значително намаляват”*

„Здраве 2020”, СЗО



## ЗДРАВНО-ПОЛИТИЧЕСКИ КОНТЕКСТ

### ЗДРАВЕТО - ОСНОВНО ПРАВО НА ВСЕКИ

**Националната здравна стратегия е изградена на разбирането, че здравето е основно право на всеки човек през целия му живот.**

Правото на здраве е неприкосновено човешко право, изискващо на всеки човек да бъдат създадени условия да бъде толкова здрав, колкото е възможно. Гарантирането на правото на здраве е свързано със спазването на стандартите и принципите на човешките права – универсалност, справедливост, равнопоставеност, право на участие при вземане на решения, недискриминация, прозрачност и др.

Националната здравна стратегия 2020 е израз на политическата воля на държавата за гарантиране на правото на здраве на всички български граждани и изграждане на справедлива здравна система, основана на ценности:

- ✓ Всеобхватност – осигуряване на достъп до здраве на всички граждани;
- ✓ Солидарност – осигуряване на средства за здраве, съответни на възможността да бъдат платени и ползване на услугите от тези, които имат нужда от тях;
- ✓ Равенство – равен достъп до грижи в съответствие с нуждите, независимо от пол, възраст, социално положение или платежоспособност;
- ✓ Достъп до качествени грижи – осигуряване на най-високо качество на грижите, съответно на индивидуалните нужди и основано на етиката и доказателствата.

Отстояването на тези ценности ще осигури справедливост и равнопоставеност по отношение на права и отговорности за постигане на възможно най-високо ниво на индивидуално и обществено здраве.

Особено важни са политиките, които имат за цел да гарантират правомощията на гражданите за вземане на решения за своето здраве, да защитават техните човешки права и да не недопускат дискриминация, включително и основана на заболяване или увреждане.

България има нужда от общности, в които хората, в т.ч. и тези с увреждания, хронични заболявания или висока степен на уязвимост, имат гарантирани права и са осигурени с необходимите структури и ресурси, които им дават възможност да реализират своя пълен потенциал и да участват пълноценно в обществото.

*„Достъпът до възможно най-високия стандарт здраве е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество.“*

Конституция на СЗО

*„... правото на здраве означава, че правителствата са задължени да създават условия, в които всеки може да бъде толкова здрав, колкото е възможно.“*

*Подобни действия варират от гарантиране на наличността, платежоспособността и достъпността на здравните услуги, до вземане на здравни мерки за здравословни и безопасни условия на труд, прилично жилище и питателна храна и други условия за опазване и укрепване на здравето.*

*Гражданите, от своя страна, трябва да разберат стойността на своето здраве и да допринасят активно за създаването на по-добро здраве в обществото като цяло.“*

„Здраве 2020“, СЗО

## ЗДРАВЕТО – ОСНОВНО БЛАГО И РЕСУРС

**Националната здравна стратегия е изградена на разбирането, че здравето е основно обществено благо и ресурс за социално и икономическо развитие.**

Здравето на индивида е динамично състояние на физическо, умствено и социално благополучие. То е много повече от просто отсъствие на болест или недъг.

Здравето може да бъде концептуализирано като част от благосъстоянието – едновременно като негова детерминанта и като краен резултат.

В личностен план здравето е условие за благосъстояние и качество на живот. В обществен план доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност, водеща до постигане на силни, динамични и творчески общества.

Здравният статус на хората влияе върху степента им на участие в социалния и трудовия живот и върху тяхната производителност на работното място. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълго време и увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността, защото може да повлияе на пазара на труда и да доведе до потенциални значителни икономии в бюджетите за здравно обслужване. По този начин здравеопазването пряко подпомага икономическия растеж и има решаващо значение за намаляване на бедността като едновременно допринася за устойчивото икономическо и социално развитие и се възползва от него.

Косвените ефекти на здравеопазването върху икономиката са свързани с факта, че в днешно време то представлява един от най-значимите икономически сектори във всяка държава със средни и високи доходи, в т.ч. в България. Здравната система е един от големите работодатели и играе сериозна роля на пазара на стоки и услуги. Нейните ключови позиции ще стават все по-мощни, а с тях ще расте и приносът ѝ за по-общите цели за обществото.

Формираният широк консенсус, че здравето е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е жизнено важен ресурс за човешко и социално развитие, налага здравеопазването да се трансформира от възприемано само като медицински подвластен и поглъщаш пари сектор, в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

*„Доброто здраве е от полза за всички сектори и цялото общество, което го прави ценен ресурс.*

*... здравето допринася за увеличаване на производителността, за по-висока ефективност на работната сила, за здравословно остаряване и следователно за по-малко разходи за обезщетения по болест и социални разходи, и оттам за по-малко загубени постъпления в хазната.“*

„Здраве 2020”, СЗО

*„Днес здравеопазването е една от най-големите и най-бързо развиващи се в света индустрии, свързана с повече от 10% от брутния вътрешен продукт на повечето страни с високи доходи и около 10% от тяхната работна сила. Той обхваща широк спектър от отрасли, услуги, производители и доставчици от местно до глобално ниво.*

*По време на скорошната икономическа рецесия, непрекъснатия растеж на сектора на здравеопазването беше стабилизиращ фактор в много страни.“*

„Здраве 2020”, СЗО

## ЗДРАВЕТО – МНОГОФАКТОРНО ОБУСЛОВЕНО

**Националната здравна стратегия е изградена на разбирането, че здравето е резултат от влиянието на различни фактори и здравната система е само един от тях.**

Здравето се влияе от редица биомедицински, психологически, социални, икономически и екологични фактори (детерминанти), които се свързват помежду си по различни начини и по различно време в продължение на целия живот. Здравната система е само един от факторите, влияещи върху здравето и благосъстоянието. Другите детерминанти включват по-широкия политически, икономически и социален контекст, както и междинни фактори, като социалната стратификация, включеност и сплотеност на обществото, или експозиции, които могат да повлияят степента на уязвимост на населението.

Политиците и обществото трябва да имат предвид силата на факторите, които оказват влияние върху здравето и да коригират своите очаквания за това, че опазването и подобряването на здравето е в обхвата на въздействие само на здравната система. Тези очаквания и тяхното „несбъждане“ в последните години доведе до огромно недоволство и срив на доверието на гражданите към здравната система и работещите в нея.

Едно ново разбиране на детерминантите на здравето следва да се комбинира с по-добро опознаване на механизмите, чрез които разпределението на ресурсите в рамките на обществото влияят и създават здраве, но и здравни неравенства.

Здравната система не е в състояние да се справи сама със социалните и екологичните детерминанти на здравето, както и с факторите на индивидуалния начин на живот. Необходимо е прилагане на политики, които преодоляват границите на здравния сектор и позволяват осъществяването на интегрирани програми и насочване на ресурси от други сектори. Това засилва значението на развитието на междусекторни стратегии, които избягват подхода за еднократни или изолирани кампании и вместо това се стремят да мобилизират действия в редица области, за да се постигне комбиниран синергичен ефект за здравето. Отговорността на държавата за здравето изисква управляващите на всички нива да оценяват и предвиждат въздействията върху здравето при разработването на всички екологични, социални и икономически политики.

*„Проучванията показват, че най-съществено влияние върху здравето имат социално-икономическите фактори на околната среда (50%), следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото (20%).*

*Въздействието на здравната система върху индивидуалното и обществено здраве е едва 10%.“*

Доклад за здравето на гражданите през 2012 г.,  
НЦОЗА



Източник: „Здраве 2020“



## ЗДРАВЕТО – ЛИЧНА И ОБЩЕСТВЕНА ОТГОВОРНОСТ

**Националната здравна стратегия е изградена на разбирането, че здравето е обществена и лична отговорност.**

Националната здравна стратегия 2020 е израз на очертаващия се консенсус относно необходимостта от преориентиране на здравната политика от справяне с последиците за здравето (диагностика и лечение на заболяванията) към повлияване на факторите, които ги причиняват и ангажиране на индивидите и обществото в този процес.

През 2006 г. СЗО представи стратегия<sup>3</sup> за подобряване на здравето на обществото и борба с хроничните заболявания, основана на три тези:

➤ Всяко широко разпространено социално значимо заболяване се дължи (изцяло или частично) на обществените и поведенческите процеси, които могат да допринесат за неговото разпространение и лечение.

➤ Всички поведенчески и обществени процеси подлежат потенциално на промяна.

➤ Успешната намеса, с която се целят обществени и поведенчески промени, може да намали значително световното бреме от заболявания, инвалидност и преждевременна смърт.

Съвременните здравни политики следва да бъдат съобразени с факта, че отделният човек може да направи за здравето и благополучието си повече, отколкото най-добре развитата здравна система. Налице са наблюдения и научни анализи, които показват, че ключът към това дали един човек ще бъде здрав или болен, дали ще живее дълго или ще го постигне преждевременна смърт, се крие в редица индивидуални поведенчески фактори като тютюнопушене, прекомерна употреба на алкохол, неправилно хранене и липса на физическа активност; неекологосъобразно поведение; неспазване на изискванията за здравословни и безопасни условия на труд; пътно-транспортна безопасност и др.

Нездравословното лично поведение има не само висока лична, но и обществена цена. Вредните навици или безотговорното поведение в обществена среда могат да доведат до увреждане на само на личното здраве, но и да застрашат здравето на други индивиди. Наред с това непрекъснато нарастващите публични и частни разходи за здравеопазване също представляват част от последиците.

*„Ние ... съзнаваме, че е наложителна промяна в парадигмата, за да се справим с предизвикателствата на незаразните болести, тъй като те вече са причинени не само от биомедицински фактори, а са резултат и от силното влияние на поведенчески, екологични, социални и икономически въздействия.“*

Декларацията от Москва за здравословния начин на живот и контрола на незаразните болести,  
СЗО

*„Отделният човек може да направи твърде много за подобряване на своето здраве и благосъстояние. Време е всички да признаем своите отговорности:*

*1. Ние самите увреждаме здравето си чрез безотговорното си отношение към жизнената среда и нейното непрекъснато замърсяване;*

*2. Ние самите допускаме да съществуват такива вредни социални условия като бедност и невежество, които рушат здравето на значими обществени групи;*

*3. Ние самите се убиваме с нездравословния си стил на живот“*

Национална здравна стратегия (2014-2020)

А всъщност повечето от притискащите ни здравни проблеми могат да бъдат предотвратени. Затова инвестициите в превенция могат да бъдат с висока ефективност, да намаляват разходите за здравеопазване и да повишават продуктивността. Без активното участие на хората обаче редица възможности за промоция и защита на здравето, както и за подобряване на благосъстоянието, ще бъдат пропуснати.

Хората трябва да бъдат убедени, че здравословното поведение отговаря на личните им очаквания и потребности да са здрави, да живеят дълго и да остаряват в добро здраве. Те могат да се реализират ако се изградят нови модели за здравно поведение с участие на всички в дейностите за здраве и за екологично чиста среда, в която човек се ражда, работи и живее.

Следва да се има предвид, че справянето с вредни навици като тютюнопушене, нездравословно хранене, консумация на алкохол и ниска физическа активност означава всъщност преодоляване на техните социални предпоставки. В този смисъл фокусът на действията следва да бъде прехвърлен върху причините за този начин на живот - „причините за причините“, които се крият в социалната и икономическата среда. Това предполага да се подобри съгласуваността и координацията на междусекторните мерки за решаване на проблемите, свързани със здравето.

Във все по-голяма степен трябва да се обръща внимание на стратегическите ползи от включването на „здравето във всички политики“. Цел на подхода за здраве във всички политики е да направи управлението, насочено към подобряване на здравето и благосъстоянието, приоритет не само за здравната система. Това е двупосочен процес, който гарантира, че във всички сектори има яснота и решителност за действия за осигуряване на по-добро здраве, като в същото време се взима предвид и начинът, по който здравето влияе на всички тях.

Не по-малко важни са подходите за ангажиране на обществото като форма на колаборативно управление, което допълва държавната политика чрез споделяне на ценности и изграждане на доверие между широк кръг субекти. Това предполага включване в политиките за здраве на частния сектор, гражданското общество, общностите и отделни индивиди. Само политики, ангажиращи цялото общество, могат да подобрят здравето на гражданите и да предотвратят заплахите за тяхната здравна сигурност и благосъстояние.

*„Като никоя държавна институция не може да вземе решение, задължаващо индивида да се откаже от тютюнопушене или да се храни здравословно, така и никой лекар или лечебно заведение не е в състояние само със свои сили да проведе необходимите мероприятия за предотванване на хората от вредно действащите върху здравето им фактори на обкръжаващата среда.*

*И положително никой лекар или лечебно заведение не може да лекува от бедност или невежество, които оставят без съвременни медицински грижи на немалък брой бременни жени, деца, юноши и хора в напреднала възраст.*

*Трябва да се акцентира върху един основен факт: ако искаме да осъществим успешно политики за укрепване на здравето и предотвратяване на болестите, ще са нужни много по-мащабни действия от традиционните подходи в здравеопазването.“*

Стратегическа рамка на политиката на здравеопазването за подобряване на здравето (2014-2020)

## ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ КОНТЕКСТ

**Националната здравна стратегия е изготвена на основата на системен анализ и критична оценка на индикаторите, характеризиращи състоянието на общественото здраве в ретроспективен, ситуационен и проспективен контекст.**

Днешното здравно и демографско състояние на българското население е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния. Една част от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други – със специфичните особености на историческото, социално-икономическото и културно развитие на България.

Влияние върху демографското развитие на населението оказват общите за развитите страни демографски процеси – намалена раждаемост, по-малко бракове, засилена урбанизация, както и специфичните за развиващи се страни и страни в преход, по-високи нива на смъртност и интензивна външна миграция. В резултат на тези процеси България изпадна в сериозна демографска криза. Едновременно с това е налице недостатъчно и неустойчиво подобрене или влошаване на част от показателите за здравното състояние на гражданите.

Анализът на данните за основните здравно-демографски показатели в ежегодните доклади за здравето на гражданите ясно показва, че в момента България, в сравнение със страните от Европейския съюз, е изправена пред много по-сериозни предизвикателства, свързани с:

- Влошаване на демографската структура и застаряване на населението;
- Неблагоприятно съотношение между раждания и аборти;
- Високо ниво на майчина и детска смъртност;
- Високо ниво на обща смъртност;
- Високо ниво на преждевременна смъртност;
- Ниска продължителност на живота в години и в години в добро здраве;
- Нарастваща заболяемост от хронични незаразни болести, свързани с начина на живот;
- Високо ниво на психичните разстройства;
- Висок относителен дял на лицата със степен на увреждане и трайна неработоспособност.

### *Здравето на българите*

#### *Лошите новини*

✓ През 2013 г. населението на България е 7,2 млн. души и в сравнение с 1990 г. намалява с 1,4 млн. Очаква се до 2050 г. то да намалее до 5,9 милиона;

✓ Бързо нараства дялът на възрастното население (над 65 г.) и намалява дялът на младия контингент (0–17 г.). Относителният дял на лицата над 65 г. през 1970 г. е възлизал на 9,7 %, а през 2013 г. той е 19,5 % от населението;

✓ След кратък период на увеличение, отново се наблюдава тенденция за намаление на раждаемостта;

✓ Средната продължителност на живота у нас (74 г.) изостава значително от тази в страните от ЕС (80,3 г.)

✓ Нарастване на общата смъртност: от 9.1 на 1000 през 1970 г. на 14.4 на 1000 през 2013 г. По показател „обща смъртност“ България е на последно място в ЕС (9,7 на 1000 население през 2012 г.).

✓ Детската смъртност в България (7.3 през 2013 г.) на 1000 живородени деца продължава да бъде неоправдано висока (средният показател за ЕС през 2011 г. е 4 на 1000 живородени деца).

Незадоволителните резултати от провежданите до момента политики за справянето с тези предизвикателства, на фона на влошаващото се демографско състояние и наличието на значителни социални рискове за големи групи от населението, обуславя необходимостта от цялостна промяна в подходите за осигуряване на здраве и благополучие на българските граждани.

Този въпрос придобива особена чувствителност в контекста на протичащата глобална финансова и икономическа криза и нейните проявления – съкращения на работни места и увеличение на безработицата, влошаване на качеството на живот и труд и др. В такива условия най-уязвимите групи от населението плащат най-високата социална цена. Кризата постави още по-остро въпроса за необходимостта от прилагането на мерки, които биха имали съществено влияние за ограничаване разпространението на болестите и рисковите фактори за здравето.

Всичко това показва, че е необходимо прилагането на комплексен и интегриран подход, особено за уязвимите групи от българското население, който да способства за трайно преодоляване на неблагоприятните тенденции за здравето.

Има постигнат консенсус относно разбирането, че:

1. В макрорамката на цялото обществено-икономическо развитие човешкият потенциал заема водещо място.

2. Съществува определена зависимост между демографските и здравни характеристики на населението от една страна, и икономическото и социалното развитие от друга.

3. Демографските и здравни процеси са силно инерционни, което предполага натрупване напред във времето на отрицателни тенденции. Колкото по-продължителен е периодът на отрицателните явления, толкова по-бавно и трудно става излизането от него.

4. За да се преустановят отрицателните тенденции в демографското и здравното състояние на населението трябва да се поставят в действие и да се осигури координираност и еднопосочност на всички ресурси, които държавата и обществото могат да предоставят.

Това разбиране е залегнало в разработената актуализация на Национална здравна стратегия (2014-2020) и е основополагащо за определяне на нейните цели и приоритети.

### **Здравето на българите**

#### **Добрите новини**

✓ По-висока продължителност на живота: средната продължителност на живота в България е нараснала от 65 г. през 50-те години на XX век до 74 г. през 2013 г.

✓ Относително висока раждаемост: коефициентът на общата раждаемост (9.46‰ през 2012г.) се доближава до нивото в повечето европейски страни, макар че остава по-нисък от този за ЕС (10.27‰).

✓ Спад на детската смъртност: общото намаление на детската смъртност през последните 24 години е повече от два пъти – от 14,8 през 1990 г. на 7.3 през 2013 г., на 1000 живородени деца.

✓ По-добро лечение на животозастрашаващи заболявания: налице е значително намаление на стандартизирания коефициент за смъртност от сърдечно-съдови заболявания.

✓ Положителни тенденции се наблюдават и при стандартизирания коефициент на смъртността от злокачествени заболявания, който остава под средния за ЕС.

## ВИЗИЯ, ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТИ

В съзвучие с възприетата здравно-политическа рамка и европейските и национални стратегически документи, България определя Визия за развитие на здравеопазването.

### ВИЗИЯ

#### ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ ДО 2020 г.

*През 2020 г. България да е държава, гарантираща на своите граждани здравно благополучие, високо качество на живот и намаляване на здравните неравенства чрез всеобхватна, справедлива, устойчива и осигуряваща високо качество здравна система.*

На основата на анализа на здравно-демографското състояние на населението, България определя своите Национални здравни цели, които са обективен израз на фокусирането на здравната политика върху устойчивото подобряване на здравето на българските граждани във всички възрастови групи.

### НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ЦЕЛИ ДО 2020 г.

1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца;
2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1000;
3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1000;
4. Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1000;
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години;

Постигането на петте националните здравни цели до 2020 г., при осигурена устойчивост на прилаганите политики и мерки, ще позволи през 2025 г. България да достигне настоящите средноевропейски нива на посочените 5 показателя.

## ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ

### ПРИОРИТЕТ 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот

Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата (от 0 до 1 година)

Политика 1.2. Здраве за децата и юношите (от 1 до 19 години)

Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст (от 20 до 65 години)

Политика 1.4. Здраве за възрастните хора (над 65 години)

Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве

Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания

Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи

### ПРИОРИТЕТ 2. Развитие и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати

Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването

Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти

Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ

Политика 2.4. Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ

Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ

Политика 2.6. Електронно здравеопазване

Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването

Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване

Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система

### ПРИОРИТЕТ 3. Укрепване капацитета на общественото здравеопазване

Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите

Политика 3.2. Надзор на заразните болести

Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол

Национална здравна цел	Приоритет 1		Приоритет 2	Приоритет 3
	Специфични политики	Общи политики		
<b>1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца</b>	<b>Политика 1.1.</b> Здраве за майките и бебетата	<b>Политика 1.5.</b> Опазване и подобряване на психичното здраве	<b>Политика 2.1.</b> Финансова устойчивост на системата на здравеопазването <b>Политика 2.2.</b> Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти <b>Политика 2.3.</b> Интегрирана система за спешна медицинска помощ	<b>Политика 3.1.</b> Промоция на здраве и профилактика на болестите <b>Политика 3.2.</b> Надзор на заразните болести <b>Политика 3.3.</b> Ефективен и качествен държавен здравен контрол
<b>2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1000</b>	<b>Политика 1.2.</b> Здраве за децата и юношите	<b>Политика 1.6.</b> Възможно най-добро здраве за хората с увреждания	<b>Политика 2.4.</b> Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ	
<b>3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1000</b>			<b>Политика 2.5.</b> Оптимизирана болнична помощ <b>Политика 2.6.</b> Електронно здравеопазване <b>Политика 2.7.</b> Развитие на човешкия капитал/ресурси в системата на здравеопазването	
<b>4. Повишаване на работоспособността и снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1000</b>	<b>Политика 1.3.</b> Здраве за хората в работоспособна възраст	<b>Политика 1.7.</b> Здраве за уязвимите групи	<b>Политика 2.8.</b> Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване <b>Политика 2.9.</b> Ефективно стратегическо и оперативное управление на здравната система	
<b>5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години</b>	<b>Политика 1.4.</b> Здраве за възрастните хора			

## ПРИОРИТЕТ 1. СЪЗДАВАНЕ НА УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ

*„Подобряването на здравето и равния достъп започват от бременността и ранното детство. Здравите деца учат по-добре, здравите работещи са по-производителни, а здравите пенсионери могат да продължат да бъдат полезни за обществото. Остаряването в добро здраве и физическа активност е приоритет за политиката и научните изследвания.“*

„Здраве 2020”, СЗО

Демографската трансформация, в която се намира страната, изисква ефективна стратегия за опазване и подобряване на здравето през целия жизнен цикъл, която дава приоритет на нови подходи за упълномощаване на хората и изграждане на устойчивост и капацитет, така че да се насърчава здравето и профилактиката на болестите.

Подкрепата за доброто здраве и неговите социални детерминанти през целия живот е насочена към увеличаване на продължителността на живота в добро здраве и дълголетие, от които може да има важни индивидуални, социални и икономически ползи. Тя се реализира чрез политики, насочени към комплексен и интегриран подход за решаване на проблемите на здравето и постигане на националните здравни цели във всички възрастови групи.

Здравословното и активно остаряване е процес, който започва преди раждането и изисква последователност и приемственост на политиките и мерките в различните възрастови групи.

Приоритетът се основа на схващането, че реални ползи за здравето могат да се реализират само чрез интегриране на междусекторни мерки за справяне със здравните неравенства и техните детерминанти. Те изискват създаване на по-добри условия за живот, подобряване на здравната култура, подкрепа на независимия живот и превръщането на по-здравословния избор в по-лесния избор. Това означава по-безопасна бременност, даване на по-добър старт в живота, насърчаване на безопасността и благосъстоянието, осигуряване на защита за децата и младите хора, осигуряване на безопасни и здравословни работни места и подкрепа на активното остаряване в добро здраве. Адаптирането на здравната система към специфичните потребности на различните възрастови групи е важна част от комплексния подход към здравето на хората.



*„Здравното неравенство произтича от обществените условия, в които хората се раждат, растат, работят и остаряват, определяни за социални детерминанти на здравето.”*

Политическа декларация от Рио за социалните детерминанти на здравето



**ПОЛИТИКА 1.1. ЗДРАВЕ ЗА МАЙКИТЕ И БЕБЕТАТА ( ОТ 0 ДО 1 ГОДИНА)**

**Ключови предизвикателства:**

- *Високо ниво на детска и майчина смъртност;*
- *Високо ниво на недоносеност;*
- *Липса на интегриран подход в грижата за бременни и деца.*

Настоящата политика е ориентирана към създаване на условия за устойчиво подобряване на майчиното и детско здраве. Нейното значение се обуславя от факта, че здравето на жените, тяхното репродуктивно поведение и сигурността на майчинството, осигуряват възпроизводството на населението, а оттук и цялостното развитие на страната, особено с оглед на застаряването и увеличаваща се емиграция. Грижите за децата от момента на тяхното зачеване поставят основите на човешкото здраве и формират здравното поведение на всеки индивид. Те са инвестиция в бъдещите поколения и в просперитета на държавата.

България продължава да е на едно от първите места по детска смъртност в ЕС, въпреки устойчивата тенденция на намаление. Аналогични са данните за нивото на недоносеността и на майчината смъртност в страната. Обезпокоителни са резултатите от проучванията на сексуалното и репродуктивно здраве, особено сред уязвимите групи от населението.

При реализиране на политиката следва да се има предвид водещата роля на социалните детерминанти по отношение на здравния потенциал на настоящите и бъдещите поколения. Все повече изследвания показват, че образователното ниво на една жена, нейният начин на живот и хранене, социално-икономически статус, както и качеството на здравните и социалните грижи, които тя получава, оказват съществено влияние върху шансовете ѝ за успешна бременност и раждане и предопределят до голяма степен бъдещото развитие на детето още преди раждането. Деца от семейства с по-нисък социален статус и деца, произхождащи от уязвими групи често се раждат с тегло по-ниско от средното, а теглото на детето е един от най-добрите предиктори не само на шанса му за оцеляване, но и на вероятността да расте здраво и да се справя добре в училище.

Глобалната стратегия за здравето на жените и децата на ООН стартира през 2010 г. и признава, че здравето на жените и децата е от ключово значение за постигане на напредък по всички цели за

Цели за развитие на хилядолетието на ООН, приети през 2000 г.:

*Цел 1: Преодоляване на крайната бедност и глада*

*Цел 2: Постигане на начално образование за всички*

*Цел 3: Насърчаване равенството между жените и мъжете и овластяване на жените*

*Цел 4: Намаляване на детската смъртност*

*Цел 5: Подобряване здравословното състояние на майките*

*Цел 6: Борба с ХИВ/СПИН, малария и други болести*

*Цел 7: Осигуряване на устойчива околна среда*

*Цел 8: Създаване на глобално партньорство за развитие*

Според анализ на детската смъртност и на някои други здравно-демографски показатели на жените и децата в България<sup>4</sup> стойностите на показателя детска смъртност и на неговите подвидове в много голяма степен са зависими от въздействието и взаимодействието на редица неблагоприятни социално-икономически и културни фактори и не са пряко обвързани с параметрите на здравната система.

Възрастта на започване на сексуален живот намалява, а това в съчетание с неизползването на предпазни мерки, поради липса на здравна култура, често води до полово предавани инфекции, нежелана бременност и аборти в ранна възраст. Големият брой бременности и раждания на малолетни, непълнолетни момичета и самотни млади майки сериозно повишава риска за тях и техните бебета. От друга страна нарастващият брой на жените, които планират и раждат деца в по-напреднала възраст увеличава риска от вродени малформации, безплодие, високо-рискови бременности, свързани с хронични заболявания и други здравословни проблеми.

Поведенческите фактори, свързани с тютюнопушене, прекомерна употреба на алкохол, нездравословно хранене и др., както и вредните фактори на околната и трудовата среда също създават рискове за здравето на майките и бебетата.

Детското и майчино здраве зависи в голяма степен и от достъпността, качеството и обхвата на медицинските грижи, получени преди, по време и след раждането. Анализите на експертите показват, че българската здравната система не е реализирала всички свои възможности за подобряване на грижите за репродуктивното, майчино и детското здраве и в нея са налице проблеми, свързани със затруднения в достъпа, липса на капацитет, професионална компетентност и недостатъчна координация, водещи до сериозни пропуски при медицинското обслужване. Съществуващите социални неравенства по отношение на достъпа на жените, особено от уязвими групи, до квалифицирани медицински услуги по време на бременността, раждането и постнаталните грижи, генерират допълнителни здравни рискове с дългосрочни последици.

Посочените фактори, свързани със социалните детерминанти на здравето и качеството на медицинското обслужване, са причина за значителните между-регионални различия в детската и майчина смъртност, която по данни на НСИ<sup>5</sup> варира между 0 и 15.4 на 1000 живородени деца през 2014 г.

*„Репродуктивните години на жените имат огромни последствия за общото им здраве и благосъстояние, а животът на една майка и нейното бебе са неразривно свързани. Безопасното семейно планиране, безопасната бременност, раждане и кърменето са предпоставки за здравословно израстване“*

„Здраве 2020“, СЗО

Детската смъртност през последните 24 години е намаляла повече от два пъти – от 14,8 през 1990 г. на 7.3 през 2013 г., на 1000 живородени деца, но продължава да бъде висока (4 ‰ за ЕС).

Най-голям е броят на починалите поради „Някои състояния, възникващи през перинаталния период – (47.24%), вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации (19.22%), болести на дихателната система (10.84%) и болести на органите на кръвообращението (10.02%).“

Майчината смъртност на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 12.0 през 2013 г. (5.05 ‰ за ЕС).

През 2013 г. броят на недоносените новородени е 5 848, което представлява 8.8% от живородените.

В рамките на здравната система е необходимо въвеждането на интегриран подход на медицински грижи за бременните, майките и бебетата, който да обхване периодите преди забременяване, по време на бременност, раждане и следродилен период, периода на новороденото и до навършване на 1 година на детето, със специфичните им потребности.

Важна стъпка в тази насока е прилагането на активни комуникационни подходи за подобряване на здравната култура и информираност на младите хора в областта сексуалното и репродуктивно здраве, превенцията на полово предавани инфекции, храненето и грижите за кърмачета и малки деца и др.

Подобряването на показателите за майчина и детска смъртност изисква мерки за възстановяване на ранното обхващане под наблюдение на бременните. Необходимо е развитие на скрининговите програми за диагностициране на патологично протичащите бременности, в т.ч. биохимичният и ехографският скрининг на бременните жени.

Превантивните мерки за предотвратяване на усложненията на бременността и раждането и за правилното отглеждане на децата са особено необходими в отдалечените и селските райони с ограничен достъп до здравни услуги. За целта е необходимо подобряване на механизмите, гарантиращи предоставянето на равнопоставен достъп до медицинска помощ, за всички бременни, майки и деца независимо от техния социално-икономически статус.

Съществуващата липса на координация в процеса на здравното обслужване на бременни, майки и бебета изисква развитие на капацитета на системата за оказване на качествени специализирани грижи за тях. Необходимо е да се изградят съответни нива на обслужване и взаимовръзки между тях с приоритет за бременни с патология, деца с хронични заболявания и със специални потребности. Повишаването на качеството на грижите е свързано с непрекъснато технологично обновяване на акушеро-гинекологични и неонатологични структури и с повишаване на квалификацията на медицинските специалисти.

Решаването на проблемите на детското и майчино здраве изисква здравната система да излезе от рамките на стандартните дейности по осигуряване на медицински услуги. Необходимо е адаптиране на медицинската грижа към емоционалните потребности на пациентите и развитие на т.нар. „хуманизирани“ медицински грижи и лечебни заведения, осигуряващи приятелска към децата и майките болнична среда и здравна система.

*„За повечето здравни рискове за плода и детето в ранна възраст има изследвания, показващи тяхното влияние върху последващите когнитивни способности на детето в училищна възраст или върху различни показатели през целия живот ... Следователно нещата, които се случват преди раждането и в ранното детство, оставят отпечатък върху цялото последващо развитие на детето. Това прави осигуряването на възможности за ранно детство без лишения и на справедлив и равен достъп до обществени услуги приоритет от най-висок ранг“.*

„Здраве 2020“, СЗО



Поставянето на здравето в центъра на грижите за жените, майките и децата и планирането им спрямо конкретните потребности за постигане на тяхното здравно, социално и психично благополучие надхвърля рамките на здравната система и предполага нови подходи.

Здравната система и медицинските специалисти следва да преодолеят своята изолираност при решаване на здравните проблеми и да споделят своята отговорност с останалите обществени системи, отговорни за социалните детерминанти на здравето и благосъстоянието.

Необходимо е развитие на интегрирани услуги с активното участие на медицинските специалисти в дейности по превенция на изоставянето на деца и особено превенция на изоставянето на ниво родилен дом, подкрепа на семейства с малки деца в риск, обучение за добро родителство, семейно планиране, подкрепа на ранното детско развитие и др. В случаите на работа на ниво родилни структури е важно да се подчертае ролята на кризисната и мобилна интервенция. Особено важна е работата с жените от уязвими групи, които са основни носители на рискове, но и на възможности за преодоляване на настоящите негативни тенденции по отношение на майчиното и детско здраве.

Повишаването на качеството на грижите за детското и майчиното здраве следва да се реализира чрез обмен на добри практики и система за комуникация между държавния и неправителствения сектор, както и на консенсуси между различните медицински и други специалисти, ангажирани с майчиното и детско здраве.

Интегрирането на здравните и социални услуги за бременните, майките и бебетата изисква развитието на капацитет за осъществяване на процесите на координация, в т.ч. изграждане на работеща партньорска мрежа за ефективна подкрепа на децата и семействата.

Всичко това налага разработването и прилагането на цялостна междусекторна политика за опазване здравето на бременните, майките и децата. Подходяща платформа за развитие на грижите за тях е приетата от Министерски съвет Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г.<sup>6</sup>, чрез която се изпълнява и мониторира настоящата политика. Тя се реализира съгласувано с останалите стратегически и програмни документи на партньорите от другите сектори, имащи отношение към здравето и благосъстоянието на майките и децата.

*„Подкрепата на майчиното и детско здраве изисква широк спектър от мерки не само в рамките на здравния сектор. Важните политики включват минимален стандарт на живот; позволяване на репродуктивен избор; защита на бременните жени на работното място; позволяване на майките да се върнат на работа; подкрепа на родители с гъвкави споразумения и родителски отпуски; и насърчаване на равенството между половете. Тези политики изискват широкото участие на правителството, частния сектор и неправителствени участници“*

„Здраве 2020“, СЗО

*„Промените в детската смъртност са едни от най-чувствителните показатели за икономическото и културното развитие на обществото“.*

Цели на хилядолетието  
на ООН

**МЕРКИ:**

- 1.1.1. Разширяване на обхвата на дейностите по детско и майчино здраве в основния пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК;
- 1.1.2. Развитие на механизмите за заплащане от държавния бюджет и други източници на дейности по детско и майчино здраве извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
- 1.1.3. Създаване на условия за подобряване на достъпа до квалифицирани здравни грижи за всички бременни и деца;
- 1.1.4. Повишаване на обхвата, мониторинг и контрол на профилактичните дейности за бременни и деца;
- 1.1.5. Оптимизиране и разширяване на обхвата на скрининговите програми за бременни и новородени, в т.ч. чрез въвеждане на нови доказано ефективни скрининги;
- 1.1.6. Подобряване на условията за диагностика и лечение в акушеро-гинекологичните, неонатологични и педиатрични структури, вкл. оборудване с високотехнологична апаратура и обучение на персонала в тях;
- 1.1.7. Усъвършенстване на механизмите за непрекъснато подобряване на качеството на грижите в родилните, неонатологичните и педиатричните структури, адаптирани към емоционалните потребности на майките, бебетата и семействата като цяло;
- 1.1.8. Въвеждане на ефективна система за активно проследяване на деца, родени с медицински риск, в т.ч. и за недоносените деца;
- 1.1.9. Обучение на медицински специалисти, изграждане на капацитет и мотивация за консултиране на бременни, майки, деца и техните семейства;
- 1.1.10. Прилагане на комплексен медико-социален подход в грижите за деца, в т.ч. деца с увреждания и хронични заболявания, и подкрепа на техните семейства;
- 1.1.11. Разработване на програми за здравно образование и информационни кампании по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата и изграждане на умения за здравословно поведение с акцент върху определени целеви групи;
- 1.1.12. Разширяване на компетентностите и мотивацията на специалистите в първичната медицинска помощ за консултиране на родители в областта на ранното детско развитие, както и за ранно идентифициране на риск от проблеми в развитието и необходимостта от ранна интервенция;
- 1.1.13. Подкрепа на дейностите за финализиране на процеса на деинституционализация на грижите за деца;
- 1.1.14. Развитие на интегрирани между-секторни услуги за деца и семейства с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др., в т.ч. патронажни грижи за бременни и деца;
- 1.1.15. Подкрепа на мерки за ограничаване на детския травматизъм, превенция на домашното насилие спрямо деца, както и за сигурност и безопасност на децата;
- 1.1.16. Изграждане на партньорски мрежи със структурите на гражданското общество в подкрепа на дейностите за подобряване на майчиното и детско здраве.
- 1.1.17. Подкрепа на регионални планове за преодоляване на съществените различия в показателите за детското и майчино здраве в отделните области на страната, а така също и между селата и градовете;

**ПОЛИТИКА 1.2. ЗДРАВЕ ЗА ДЕЦАТА И ЮНОШИТЕ (ОТ 1 ДО 19 ГОДИНИ)**

**Ключови предизвикателства:**

- *Високо ниво на смъртност, в т.ч. вероятност от смърт до 5 годишна възраст;*
- *Нарастаща честота на хроничните заболявания и затлъстяване в детска възраст*
- *Нарастащо разпространение на зависимости – наркотици, алкохол, тютюнопушене.*

Настоящата политика обхваща мерки за интегриран подход за здравето на децата и юношите от 1 до 19 години. Тя отразява разбирането, че грижата за детското здраве и развитие е задължение на родителите, държавата и институциите, обществото като цяло, както и самото дете в по-горните възрасти.

Според Конвенцията на ООН за правата на детето<sup>7</sup> всяко дете следва „да се ползва от най-високия достижим стандарт на здраве и на улеснения за лечение на заболявания и за възстановяване на здравето си”. За да се осъществят тези препоръки е необходимо отговорното участие на различни обществени сектори. Реализирането на адекватна промоция на детското здраве, своевременна превенция на болестите и на целенасочена здравна политика може да се осъществи с активното участие на сектори като образование, икономика, финанси, социални грижи, спорта и др.

Политиката излиза от тесните рамки на дейностите по осигуряване на стандартни медицински грижи по диагностика и лечение на острите заболявания в детската възраст и предвижда както мерки за подкрепа на ранното детско развитие и промоция на здравето, така и интегрирани грижи, насочени към новите предизвикателства за детското здраве.

Най-важният принцип, който трябва да се възприеме е, че е необходимо всяко общество да инвестира в най-ранните години от живота на децата. В този период от детството децата са основно с родителите си, поради което обществото трябва да подкрепя и родителите с адекватна информация за най-добрите практики в сферата на здравето и образованието, възможности за обмяна на родителски опит и психологическа подкрепа, където е необходима.

*„Американският икономист Джеймс Хекман е един от най-изявените защитници на идеята, че инвестициите в ранното детство са най-ефективният метод за преодоляване на неравенствата в дългосрочен план, който в изследванията си представя и многобройни емпирични доказателства в подкрепа на тази теза.*

*Обобщените данни от подобни изследвания показват, че възвращаемостта е приблизително осемкратна – 8 долара за всеки инвестиран долар.*

*Но за да се окаже на едно дете в ранна възраст цялата необходима за неговото развитие подкрепа, съвсем не е необходимо да се доказва, че това има положителен икономически ефект.*

*Благосъстоянието на децата е императив сам по себе си и основен индикатор за състоянието на обществото.“*

Благосъстоянието на децата в ранното детство в България  
Сборник на УНИЦЕФ България и Гражданско дружество „Експертни анализи” към Институт „Отворено общество” – София

Съществуващите проблеми, свързани със здравето на майките и децата до 1 г., представени в предходната политика, продължават да оказват влияние върху здравето на децата и през следващия възрастов период. Данните показват, че усилията на здравната система в областта на детското здраве следва да са насочени към превенция и справяне с хроничните незаразни болести и осигуряване на адекватни грижи за децата с вродени аномалии, децата с увреждания и със специфични потребности и др.

От медицинска гледна точка в лечението на много хронични заболявания са постигнати значителни успехи. Прилаганите медицински технологии обаче не могат да доведат до трайни и оптимални постижения без съчетаното им приложение с определени социални практики, насочени към болното дете и неговото семейство. Неотменна част от тази дейност трябва да бъде и психо-социалната подкрепа на детето и неговото семейство. Необходимо е изграждане на нови социални връзки и комуникации и укрепване на организационната мрежа с йерархични или координационни взаимодействия между различни правителствени и неправителствени институции.

За реализацията на тази цел е необходимо да продължи процеса на развитие на интегрирани междусекторни услуги за деца и семейства.

Медицинският компонент на тези услуги следва да е насочен към осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания, увреждания и специфични потребности (в т.ч. профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и утвърждаване на модел за предоставяне на продължителна здравна грижа за деца) и внедряване в практиката на утвърдени стандарти за диагностика, лечение и рехабилитация за заболяванията в детска възраст. Необходимо е изграждане на мрежа от логистични центрове, които да осигуряват координацията на различните видове грижи и услуги за подкрепа на децата с увреждания и хронични заболявания и техните семейства.

Подобряването на родителските умения и компетенции и засилване на вниманието към подобряване на качеството и координацията на услугите за деца с хронични заболявания, увреждания и специфични потребности трябва да се превърне в главна задача на медицинските специалисти, но също така и на социалните работници и работещите в сферата на образованието.

Интегралният показател, характеризиращ вероятността за умирање на децата преди достигане на 5-годишна възраст в България е 10.22‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.78‰).

Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродени аномалии, болести на дихателната система, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

*„За реализация на приоритетите ще бъдат създадени интегрирани здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве... В центровете ще се осъществяват здравно-информационни, здравно-образователни, здравно-консултативни, медико-социални дейности, психологическа консултация, координиращи и насочващи услуги за млади хора, двойки, семейства, бременни, родилки и деца до 18 г., диагностично-лечебни дейности при бременни и деца с патология, с цел подобряване на интегрираното, съвременно обслужване на тези групи.“*

Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г., МЗ

Здравословното хранене и физическата активност са детерминанти на здравето и необходимо условие за осигуряване на оптимален растеж и развитие на децата и юношите - възраст, в която се формират основните навици, свързани със здравословния начин на живот. Те са едни от съществените фактори за превенция на риска от хронични неинфекциозни заболявания като сърдечно-съдови болести, рак, диабет, остеопороза и др., както и на затлъстяването, явяващо се един от сериозните съвременни здравни проблеми.

Данните за хранителните и двигателни навици на българските деца показват обезпокоителни тенденции, свързани със влиянията на факторите на семейната и социалната среда, в която живеят. Те изискват активна политика за промоция на здравословно хранене при децата и юношите и формиране на правилни хранителни навици в семейната и училищната среда. Тъй като децата са особено уязвими и изложени на маркетинговия натиск, интервенциите следва да са насочени към намаляване на ефектите върху децата от рекламирането и продажбите на храни с високо съдържание на наситени и трансмастни киселини, захар или сол. Следва да бъдат подкрепени и междусекторни мерки за насърчаване на физическата активност, в т.ч. чрез проектиране на градската среда за създаване на условия за спорт и физическа активност и планиране на учебния ден.

Като част от дейностите по опазване на здравето на децата следва да се реализират мерки за приважане на материално-техническата база в училищата в съответствие с здравните норми и изисквания, в т.ч. по отношение на осветление, отопление, вентилация, подобряване чистотата на въздуха и намаляване на шумовия фон в районите на училищата. Необходимо е усъвършенстване на учебно-възпитателния режим и съобразяването му със съвременните изисквания за оптимално физическо и психическо развитие на учениците и физиологичните принципи на динамиката на дневната и седмичната активност на учениците.

Предвид значителната честота на травмите и отравянията като причина за смърт и увреждания в детска възраст, следва да се предприемат комплексни междусекторни мерки за превенция на битовия и пътнотранспортен травматизъм и последствията от тях. Важен елемент от тези мерки е осигуряването на подходящо обучение на децата и юношите за най-честите заплахи за възникване на битов или друг травматизъм и начините, по които да се предпазят и да оказат първа помощ при необходимост.

Последните данни от национално представително проучване на храненето на учениците в България (2010-2011 г.), проведено от НЦОЗА и Катедра Педиатрия на МУ-София показват, че някои неблагоприятни характеристики в храненето на децата се запазват. Висок относителен дял от изследваните ученици консумират един и повече от един път на ден: сладкарски изделия (торти, сладкиши, баклави) - 20,4%; чипс и други видове снэкс - 12,8%; тестени изделия (пици, банички и др.) - 32,3%. Безалкохолни напитки, съдържащи захар, повече от един път на ден приемат 20% от учениците, а енергийни напитки 7% от изследваните деца. По-рядко от един път в месеца консумират: риба - 18% от учениците, а пресни плодове и зеленчуци - 5,6%.

Данни от проведеното проучване показват, че с наднормено тегло са 30,2% от изследваните ученици, от които със затлъстяване - 12,7%. Наблюдава се тревожна тенденция за увеличаване на затлъстяването при децата в България.



Особено внимание следва да се отдели на подходите и мерките за опазване на здравето на децата в юношеска възраст. Юношеството е период, който се характеризира с бързи физически, когнитивни и социални промени, включително полово и репродуктивно съзряване.

Макар юношите да са група от населението, която по принцип се радва на добро здраве (поради което често остават извън фокуса на здравната система), юношеството води до нови предизвикателства за тяхното здраве и развитие поради тяхната сравнителна уязвимост и натиска за рисково здравно поведение, оказван от обществото и връстниците им. За правилното формиране на здравното и социално поведение на юношите следва да се осигури достъп до подходяща информация за това как да защитават своето здраве и да практикуват здравословно поведение.

Особено внимание следва да се отдели на осигуряването на информационно-образователни и здравно-консултативни услуги за здравословен начин на живот, за превенция на злоупотребата с наркотици, тютюн и алкохол, за рисковете на социокултурната и материалната околна среда, в която младите хора живеят и се социализират.

Нужни са ефективни мерки за защита на децата от употребата на тютюн и алкохол на ниво семейна среда и общество, в т.ч. подобряване на контрола върху забраната на продажбите на непълнолетни лица, тютюнопушене на обществени места и др. Данните за нарастваща честота на наркотичните зависимости налагат подобряване на ефективността и разширяване на мерките за превенция и подкрепа на рискови целеви групи, както и на мерките за ранна интервенция по проблемите на наркотиците, за работа с родители на деца и младежи с проблемно поведение по отношение на употребата на наркотични вещества. Необходимо е създаване на условия за разкриване на съвременни терапевтични общности за лечение, рехабилитация и ресоциализация на зависимите.

Трябва да бъде мобилизиран широк кръг от заинтересованите страни в подкрепа на програми, свързани с подобряване на здравето и благосъстоянието на децата в неравностойно положение, борбата с търговията с деца, детското насилие, детската проституция и детската порнография. Интегриране на работата върху психичното и сексуалното здраве в тези програми е особено важно (виж Политика 1.5).

*„Комитетът разбира понятията „здраве“ и „развитие“ в по-широк смисъл, отколкото смисъла, стриктно ограничаващ се до определенията, установени в член 6 (право на живот, оцеляване и развитие) и в член 24 (право на здравеопазване) от Конвенцията.*

*Една от целите на този общ коментар е именно да идентифицира основните права на човека, които се нуждаят от утвърждаване и защита, за да се гарантира, че юношите действително се радват на най-високия достижим стандарт на здравословно състояние, развиват се хармонично и са добре подготвени да навлязат в зряла възраст и да поемат гражданска роля в общностите си и в обществото като цяло”*

Комитет по правата на детето на ООН  
Общ коментар № 4 (2003)  
Здраве и развитие на юношите в контекста на Конвенцията за правата на детето

**МЕРКИ:**

1.2.1. Продължение на дейностите по мярка 1.1.1. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.2. Продължение на дейностите по мярка 1.1.2. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.3. Продължение на дейностите по мярка 1.1.3. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.4. Продължение на дейностите по мярка 1.1.4. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.5. Продължение на дейностите по мярка 1.1.6. за подобряване на условията за диагностика и лечение в педиатричните структури;

1.2.6. Осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания и специални потребности;

1.2.7. Продължение на дейностите по мярка 1.1.7. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.8. Продължение на дейностите по мярка 1.1.8. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.9. Повишаване на компетентността на медицинските специалисти в областта на консултирането и ефективната комуникация с родителите и децата;

1.2.10. Продължение на дейностите по мярка 1.1.10. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.11. Насърчаване на холистичния подход към ранното детско развитие и включване на различни видове специалисти (педагози, психолози, логопеди и др.) на база Стандартите за развитие и учене на деца в ранна възраст (до 3 години);

1.2.12. Продължение на дейностите по мярка 1.1.12. за деца и юноши от 1 до 19 г.

1.2.13. Продължение на дейностите по мярка 1.1.14. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.14. Продължение на дейностите по мярка 1.1.15. за деца и юноши от 1 до 19 г.;

1.2.15. Изграждане на жизненоважни умения за отговорно здравословно поведение чрез здравно образование и други мерки за повишаване на информираността, знанията и нагласите на децата и юношите от 1 до 19 г.;

1.2.16. Създаване на среда, подкрепяща здравето в детските градини и училищата, със специфична насоченост към промоция, превенция и грижи за деца с хронични заболявания;

1.2.17. Разширяване на дейностите за подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве на юношите и младите хора и предотвратяване на сексуално предавани болести;

1.2.18. Разработване на програми за превенция на зависимостите сред децата и юношите

1.2.19. Развитие на програми за ранна интервенция на деца и младежи с експериментална употреба/злоупотреба с наркотични вещества и лечение на зависимости.

1.2.20. Продължение на дейностите по мярка 1.1.16. за деца и юноши от 1 до 19 г.

1.2.21. Продължение на дейностите по мярка 1.1.17.

**ПОЛИТИКА 1.3. ЗДРАВЕ ЗА ХОРАТА В РАБОТОСПОСОБНА ВЪЗРАСТ (ОТ 20 ДО 65 ГОДИНИ)**

**Ключови предизвикателства:**

- *Високо ниво на преждевременна смъртност;*
- *Високо ниво на степен на увреждане на хора в трудоспособна възраст;*
- *Недостатъчна ефективност на превантивните и профилактични дейности на службите по здраве и безопасност и здравната система.*

Лицата в трудоспособна възраст са категорията граждани, които създават националния капитал и осигуряват връзката и грижата за поколенията преди тях и след тях. Доказано е, че пълноценният семеен живот и висококачествената работа с добро ниво на контрол и правилен баланс между усилия и възнаграждение е основна предпоставка за физическо и психическо здраве на хората в тази възраст.

Многобройните социални промени в страната и в световен мащаб засегнаха много хора в трудоспособна възраст неравномерно и на различни етапи от живота.

За много млади хора безработицата все още е висока и нестабилността в първоначалната заетост се превръща в норма, често с неблагоприятни ефекти върху създаването на семейства и деца.

В най-активната трудова възраст жените и мъжете често имат двойна отговорност да се грижат за децата си и за възрастните си близки. Те изпитват в най-голяма степен въздействието на факторите, свързани със социално-икономическата, трудовата и обществено-политическата среда, в която живеят. Това засилва въздействието на социалните детерминанти, което в съчетание с поведенческите фактори, свързани с начина и стил на живот, повишава риска за тяхното здраве и вероятността за преждевременна смърт.

За по-възрастните работници стандартните планове на пенсиониране са заменени от нестабилност на заетостта в края на кариерата и удължаване на времето за трудова заетост, което води до натрупване на значителен психосоциален риск и здравен риск в дългосрочен план.

*„Доброто здраве на хората в трудоспособна възраст допринася за по-висока производителност и други ползи за гражданите и обществото с оглед постигане на целите на стратегията за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж.“*

„Европа 2020“

Всеки четвърти смъртен случай в България е на човек, който не е навършил 65 годишна възраст. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока. От всички преждеременно починали 18.2% са мъже в най-активната трудова възраст - между 40 и 59 г.

Макар като цяло здравословното състояние на младите хора в България да е задоволително, някои аспекти предизвикват особена загриженост. Редица фактори, свързани с условията на живот - бедност, безработица, несигурност на работното място, жилищни проблеми, ранно отпадане от училище, дискриминация и др., все по-често се превръщат в пречка младежите да търсят или да имат пълен достъп до възможности за превенция и качествени здравни услуги. Това на свой ред може да повлияе върху тяхното физическо и репродуктивно здраве и качество на живот.

При реализиране на политиката се има предвид, че здравето и благосъстоянието на младите хора следва да е обект на всеобхватен и междусекторен подход, който да включва всички подходящи области и по-специално системата за обществено здравеопазване, формалното и неформалното учене, заетостта и социалното приобщаване, спорта, културната дейност.

Това предполага мерки за подобряване качеството на условията на живот, работа и учене на младите хора, които да бъдат подкрепени да развият по-голяма отговорност за собственото си здраве и да повишат своята самооценка и независимост. Необходими са активни мерки за повишаването на осведомеността им относно положителното въздействие на здравословния начин на живот, в т.ч. физическа активност и уравновесен хранителен режим и опасностите за тяхното здраве. Особено внимание следва да се отдели на продължението на превантивните мерки (виж Политика 1.2.), по отношение на сексуалната активност, злоупотребата с алкохол, използването на наркотици, тютюнопушенето, хранителните разстройства, затлъстяването, насилието, хазартните игри и пристрастяването към информационните и комуникационни технологии.

В тази възраст двойките и отделните индивиди трябва да бъдат подкрепени да имат безопасен полов живот, да могат да се възпроизвеждат и отговорно да решават кога и колко често да го правят чрез информация и достъп до безопасни, ефективни, материално достъпни и приемливи методи за семейно планиране по техен избор. Част от тази подкрепа е осигуряването на максимално улеснен достъп до здравни услуги, осигуряващи на жените безопасна бременност и раждане. От изключителна важност е осигуряването на подкрепа на семействата и увеличаване на родителския капацитет за отговорно родителство.



През 2013 г. годишният коефициент на младежка безработица (15-24 г.) в ЕС е 23,3%, в сравнение с 22,9% за предходната 2012 г. и 15,6% през 2008 г. В отделните държави това ниво през последната година се простира от 58,3% в Гърция и 55,5% в Испания до 7,9% в Германия и 9,2% в Австрия. Нивото на показателя за България през 2013 г. е 28,4%, което поставя страната ни на осмо място по този индикатор, с равнище, по-високо от средното за ЕС.

В периода на трудоспособна възраст здравето и трудовата заетост на лицата са взаимно свързани и си влияят. Здравето е сред основните фактори, което заедно с компетентността, ценностите, мотивацията и трудовия живот на работещия оказват влияние върху индивидуалната работоспособност на всеки. Трудът от своя страна може сериозно да повлияе позитивно или негативно на здравето. По експертни оценки около 30 % от работните места в Европа са свързани с полагане на труд в неблагоприятна среда, която оказва негативно влияние върху здравето на работещите.

У нас заетостта на работещите в традиционно рискови икономически сектори е по-висока в сравнение с голяма част от страните в ЕС, вследствие на което по-висок дял работещи са изложени на физични, химични, биологични и ергономични рискови фактори. Висок е и делът на работещите в условия на стрес (ниска автономност, работа в условията на недостиг на време, сменна работа, удължен работен ден и др.), като на тези фактори не винаги се обръща нужното внимание.

Едни от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа са трудовият травматизъм и разкриваемостта на професионалните заболявания. Промените в законодателството, въвеждащо превантивни подходи за осигуряване на безопасност и здраве при работа и подобряването на условията и организацията на труда в много предприятия доведоха до понижаване на трудовия травматизъм, но той остава по-висок в сравнение със средните показатели на ЕС. Трудовите злополуки, довели до смърт или до временна или трайна неработоспособност, представляват значителна тежест в социално и икономическо отношение и са сериозно предизвикателство към дейностите за подобряване на здравословните и безопасни условия на труд. Трябва да се вземе предвид и фактът, че при някои условия на работа може да има късни последици, които да причинят професионални болести и здравословни проблеми дълго време след прекратяване на експозицията на вредни вещества.

С напредването на възрастта зачестяват трайните здравословни проблеми в резултат на заболявания, които не са пряко свързани с условията на труд. Поради това около 30 % от мъжете и жените във възрастовата група между 50 и 64 години се нуждаят от адаптиране на условията на труд с оглед на техните здравословни проблеми, за да се предотвратят рисковете от неработоспособност и ранно пенсиониране.

По данни на СЗО професионалните фактори са причина за 37 % от всички случаи на оплаквания от болки в гърба, 16 % от случаите на загуба на слуха, 13 % от хроничните обструктивни белодробни болести, 11 % от случаите на астма, 9 % от случаите на рак на белия дроб, 2 % от случаите на левкемия, 8 % от случаите на депресия и т.н.

През последните години в България стават над 3000 трудови злополуки годишно, като около 4 % от тях завършват със смърт, а 2 % - с инвалидизация.

През 2009 г. в България са регистрирани 116 случая на професионални заболявания при 2 696 109 осигурени лица, което е в пъти по-ниска регистрация в сравнение с други страни в ЕС. През същата година в Белгия са регистрирани 1440 професионални заболявания при 2 400 000 осигурени лица, във Финландия - 3057 професионални заболявания при 2 460 100 осигурени лица, в Норвегия - 914 професионални заболявания при 2 100 000 осигурени лица.

Работната среда предполага извършване на колективен труд или труд, свързан с контакти с външни на работното място лица. С това са свързани и голяма част от възможните източници на насилие или дискриминация, както и психосоциалните рискове на работното място. (Виж Политика 1.5)

Всичко това налага ефективен контрол върху факторите на трудовата среда и активното периодично наблюдение на здравословното състояние на работещите като основен инструмент в усилията за опазване му. Важна роля в този процес има прилагането на проактивни и превантивни мерки от страна на службите за здраве и безопасност при работа. Тези мерки следва да са насочени към насърчаване на работещите да се грижат за своето здраве и безопасност.

Формирането на безопасно и здравословно поведение при работа трябва да се реализира чрез дейности за повишаване на информираността, обучение и участие на работещите в процесите. Следва да се развива професионалният профил на работната сила и да се формира култура, отдаваща значение на превенцията на професионалните рискове. Насърчаването на грижите за здравето като фактор на работоспособността трябва да са насочени и към формиране на здравословни навици, свързани с начина на живот, засягащи храненето, консумацията на напитки, физическата активност, почивката и съня и др.

Дейностите, свързани със здравословни и безопасни условия на труд, са важен ресурс, който трябва бъде използван и да бъде насърчавано и подпомагано неговото интегриране в общата политика за подобряване на здравето. В връзка с това е необходимо да се преосмисли дейността на службите по трудова медицина с цел подобряване и разширяване на възможностите за развитие на дейности по промоция на здраве и превенция на хроничните заболявания на работното място.

От своя страна здравната система следва да се фокусира върху подобряване на качеството на дейностите, свързани с ранна диагностика и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял в структурата на смъртността и на заболяемостта с временна и трайна неработоспособност.

Следва да бъдат създадени механизми, ангажиращи личната отговорност на хората за тяхното здраве чрез активно участие в профилактичните и скринингови програми.

Българският работещ е два пъти по-често заплашен от физическо насилие от външни по отношение на работната среда хора (клиенти, пациенти, потребители) отколкото от работещите в ЕС (1.8% срещу 0.7%).

Най-голяма опасност от психосоциални рискове е налице при категорията работещи, обслужващи клиенти, пациенти и други потребители – здравеопазване (24%), транспорт (20%), услуги (21%).

През 2014 г. ЕК прие Стратегическа рамка за здраве и безопасност при работа 2014-2020, в която сред предизвикателствата за здравето и безопасността при работа, се открояват и демографските промени, свързани със значително нарастване на дела на по-възрастните хора в работната сила.

В тази връзка работодателите следва да са мотивирани в насърчаването на здравословен начин на живот и стимулирането на дейности, които предотвратяват намаляването на функционалния капацитет и подпомагат поддържането на работоспособността в по-късна възраст.

**МЕРКИ:**

1.3.1. Разширяване на основния пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК в областта на профилактиката, диагностиката и лечението на заболяванията, които са най-честа причина за преждевременна смъртност и неработоспособност;

1.3.2. Реализиране на ефективни програми за промоция на здраве и профилактика на болестите, вкл. по отношение на здравословно хранене, промоция на укрепваща здравето физическа активност, намаляване употребата на тютюневи изделия и наркотични вещества и злоупотребата с алкохол и др., с акцент върху рискови групи;

1.3.3. Подобряване на дейността на службите по трудова медицина, както и координацията им със структурите от системата на здравеопазване;

1.3.4. Ранна диагностика и контрол на професионалните и свързани с труда заболявания;

1.3.5. Идентифициране на рискови фактори за развитието на професионални и свързани с труда заболявания и прилагане на дейности за ограничаването им, включително при въздействие на нововъзникващи и/или променящи се фактори на работната среда и трудовия процес, психосоциални и ергономични рискови фактори;

1.3.6. Разширяване на дейностите по промоция и профилактика на здравето и работоспособността чрез прилагане на ефективни програми на обучение на специалисти;

1.3.7. Създаване на механизми за ангажиране на личната отговорност за здравето и безопасността;

1.3.8. Ангажиране на работодателите за създаване на организационна култура, утвърждаваща здравословно поведение и лична отговорност към здравето и безопасността;

1.3.9. Създаване на условия за отпочиване, възстановяване и рехабилитация на работещите;



ПОЛИТИКА 1.4. ЗДРАВЕ ЗА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА (НАД 65 ГОДИНИ)

**Ключови предизвикателства:**

- *Ниска продължителност на живота в години и в години в добро здраве;*
- *Нарастващи потребности от ресурси за лечение и дългосрочни грижи за възрастни хора;*
- *Задълбочаващо се несъответствие между налични и необходими ресурси за задоволяване на потребностите на възрастните хора.*

Остаряването на хората в добро здраве е основна предпоставка за развитие на положителните аспекти на демографската промяна и възможностите, които предлага едно застаряващо общество и по точно едно здравословно застаряващо общество.

Докладът на Европейската комисия за застаряването от 2015 г.<sup>8</sup> представя прогнози, които сочат устойчиво увеличение на очакваната продължителност на живота при раждане във всички държави от ЕС. Делът на младите хора (на възраст 0-14 г.) в ЕС за периода до 2060 г. се очаква да остане сравнително постоянен (около 15%), докато делът на лицата на възраст 15-64 години ще намалее значително и ще спадне от 66% на 57%. Групата на лицата на възраст 65 и повече години ще бъде много по-многобройна част от населението и ще нарасне от 18% до 28% от цялото население. В България към 2060 г. възрастното население на 65 и повече години като процент от общото население се очаква да се увеличи с 12,3 процентни пункта (п.п.) и да достигне 32%. В негативен план ще се измени коефициентът на възрастова зависимост, като съотношението на населението на възраст 65 и повече години към населението на възраст 15-64 години към 2060 г. ще е по-малко от двама човека в трудоспособна възраст към един възрастен човек.

Бързото намаляване и застаряването на населението в ЕС и България, задълбочаването на тежките демографски дисбаланси и възпроизвеждането на социални неравенства между големи социални групи в последните десетилетия, се превръщат в проблем на макро-фискалната стабилност и устойчивостта на всички социални системи – пазара на труда, пенсионната система, системата за социално подпомагане и дългосрочни грижи, здравната система и др.

*„Въпреки че увеличената продължителност на живота е триумф, тя също така може да представлява предизвикателство.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Публичните разходи за здравеопазване вече възлизат на 7,8 % от БВП в ЕС, а поради застаряването на населението се очаква до 2060 г. публичните средства, изразходвани за лечение на остри състояния и дългосрочни грижи, да нараснат с 3 % от БВП.

По отношение на разходите за грижата за възрастните хора като процент от БВП средната стойност за ЕС-27 за 2008 г. е 0,41% при 0,05% за България.



Натискът върху социалните системи, в т.ч. върху здравната система, е резултат не толкова от самото застаряване на населението, а от нездравословното остаряване. За да се намали негативното влияние на стареенето, възрастните хора трябва да останат по-дълго време здрави и пълноценни за техните семейства и общности.

С остаряването на хората, хроничните незаразни заболявания стават водеща причина за заболяемост, инвалидност и смъртност. За подобряване на качеството на живот и ограничаване на тежестта на хроничните заболявания и уврежданията е необходимо да бъде възприет подход, който е насочен към промоцията на здравето, профилактиката на заболяванията, ранната диагностика и по-доброто управление на здравословното състояние посредством:

- изпълнение на програми за промоция на здравето и профилактика на заболяванията с цел изграждане на здравословен начин на живот, започващ от детството и продължаващ през целия живот;
- насърчаване на ранното откриване на заболяванията посредством основани на доказателства, икономически ефективни и леснодостъпни програми и средства, в т.ч. скрининг.

От първостепенна важност е подкрепата за действия за здравословно остаряване и чрез решаване на ключови проблеми като нездравословно хранене, ниска физическа активност, консумация на алкохол, наркотици и тютюн, неблагоприятно въздействие от околната среда, пътнотранспортни произшествия и битови инциденти.

Това предполага комплекс от дейности в различни области на обществото и политиката, в които да се включват институции и всички заинтересовани страни, в т.ч. здравните специалисти и пациентите, социалните партньори, медиите и стопанските субекти.

За преодоляване на негативните ефекти от застаряването и за реализиране на ползите от него е необходимо осигуряване на условия за активен и по-продължителен трудов живот на възрастните хора, вкл. насърчаване да останат на работа след навършване на пенсионна възраст чрез подобряване на условията на труд и адаптиране към здравния им статус и техните потребности. Основен елемент е подобряването на дейностите по безопасност и здраве при работа, в т.ч. мерки за предотвратяване на риска от болести и наранявания, причинени от лоши условия на труд. (Виж Политика 1.3.)

Основните здравни проблеми при възрастните хора са свързани със заболяемостта и уврежданията, причинени от хронични заболявания като рак, заболявания на дихателните пътища, сърдечно-съдови заболявания и съдови заболявания на нервната система, диабет, деменция и психични болести, мускулно-скелетни смущения и проблеми, свързани с нарушенията в слуха и зрението.

Голяма част от възрастните хора страдат от повече от едно хронично заболяване.

С увеличаване на продължителността на живота се появяват затруднения в мобилността на възрастните хора, които влошават качеството им на живот.

Около 20% от хората на възраст над 70 години и 50% от хората на възраст над 85 години съобщават за трудности при осъществяване на дейности от ежедневието, като къпане, обличане и тоалет, вземане на лекарства и други дейности.

Всички възрастни хора трябва да имат равен достъп до услуги, необходими за запазване на тяхното здраве, самостоятелност и достойнство, включително висококачествени здравни услуги (превенция, лечение, рехабилитация и дългосрочни и палиативни грижи). Системата на здравеопазването, здравните и другите съпътстващи услуги да бъдат развити така, че тяхната организация и капацитет да са съобразени с потребностите и специфичните особености на възрастните хора. При разработването и планирането на здравни услуги все по-голямо значение следва да се отдава на включването на хората с цел осигуряването на насочена към пациента здравна грижа.

Всички политики за насърчаване на здравето и благосъстоянието в напреднала възраст следва да са ориентирани към предотвратяването на самотата и изолацията, като подкрепата от семействата и връстниците играе ключова роля. За целта съществуващите здравни и социални услуги трябва да бъдат адаптирани към основните нужди на възрастните хора, за да бъдат независими и да останат колкото може по-дълго време в тяхната обичайна, т.е. обхващаща няколко поколения среда.

За възрастните хора с хронични заболявания и трайни увреждания следва да се осигурят специализирани грижи в домовете, включващи предоставяне както на медицински грижи, така и социални услуги, подпомагащи пациентите за справяне с ежедневни дейности от бита (поддържане на хигиената в дома, хигиена на тялото, хранене, пазаруване, придружаване, разходки и др.). За подобряване на качеството на предоставяните грижи е необходимо подобряване на професионалния капацитет на персонала за предоставяне на услуги на възрастни хора.

Изграждането на мрежа от достъпни и качествени интегрирани здравно-социални услуги в общността ще има превантивна роля по отношение на институционализацията на тези лица.

Развитието на адекватна система от услуги за дългосрочна грижа, в съответствие с Националната стратегия за дългосрочна грижа, е от ключово значение за реализацията на политиката за здраве на възрастните хора.

От особена важност е осигуряването на благоприятна среда за живот на възрастните (обществени сгради, лечебни заведения; инфраструктура, транспорт, жилищни сгради), която им позволява да останат възможно най-дълго независими.

*„От изключително важно значение е и факторът самота – много от възрастните хора нямат близки или техните близки живеят и работят надалеч, други поради различни причини нямат подкрепата на семейството си. Много от възрастните живеят в изолация и са лишени от възможността да участват във всички аспекти на социалния живот, сами, в махалата на село или анонимни и забравени в големия град“*

Бедността пред нас –  
развитие на социалните  
услуги



Специфичен здравен проблем в тази възрастова група са различните форми на деменция при възрастните хора, при които когнитивните и поведенческите нарушения водят до прогресивна загуба на самостоятелност на болните.

В последните години всички развити страни отдават значимост на проблемите, свързани с деменциите, поради две основни причини – високата заболеваемост, особено изразена в страни със застаряващо население като България и спецификата на грижите за пациентите, които ангажират много ресурси на специалистите и семействата.

В България все още липсват адекватни здравни и социални политики и услуги за болните с деменция и техните семейства.

Необходимо е да се развие система за ранна и много ранна диагностика на дементните състояния, когато може да се прецени рискът от развитие на дементен процес и да се изработи план за грижи, които да забавят прогресиращия ход на заболяването. Тя следва да бъде подкрепена от мрежа от специализирани услуги в общността - дневни центрове, центрове за временно и постоянно настаняване на дементните пациенти и осигуряване на социална защита и психологическа подкрепа на семействата на болните. Развитието на грижите е свързано и с разширяване на кръга на обучените специалисти – лекари, психолози, социални работници и др.

Необходима е промяна на съществуващите възгледи за деменцията и насърчаване на хората да поемат отговорност за интеграцията и обществената подкрепа за тези болни.

✓ Заболеваемостта от деменция нараства значително с възрастта, като се удвоява на всеки 5 години след 60 годишна възраст.

✓ В настоящия момент 5-10% от населението на земята между 65 и 79 годишна възраст и 20-30% от населението между 80 и 95 години боледуват от деменция (Mortimer, et al.,1981).

✓ В ЕС над 7 млн. души страдат от болестта на Алцхаймер или друга разновидност на деменцията, като прогнозите са до 2050 г. тази бройка да се удвои.

✓ Българите със старческа деменция са над 100 000.

**МЕРКИ:**

1.4.1. Насърчаване на здравословен начин на живот през целия жизнен цикъл и здравословно остаряване със специален акцент за хората над 50 годишна възраст;

1.4.2. Осигуряване на условия за равен достъп на възрастните хора до медицински и дентални услуги, както и до качествени и безопасни лекарствени продукти на достъпни цени с фокус върху малките населени места и отдалечените и труднодостъпни райони;

1.4.3. Развитие на специализирани здравни услуги за превенция на заболяванията и усложненията, характерни за възрастните хора;

1.4.4. Подкрепа на мерки за преминаване от институционален и медицински модел на грижи за възрастните хора към услуги, предлагани в общността и семейната среда, вкл. развитие на дългосрочната грижа;

1.4.5. Подкрепа за изграждане на адекватна мрежа от интегрирани здравно-социални услуги в общността и домашна среда;

1.4.6. Осигуряване на обучение за персонала, предоставящ здравни услуги за възрастни хора, в т.ч. в областта на психологическата помощ и подкрепа за възрастни хора, дългосрочни грижи и др.;

1.4.7. Подобряване на взаимодействието между държавния и неправителствения сектор при предоставяне на здравни и социални услуги за възрастни и превенция на насилието;



## ПОЛИТИКА 1.5. ОПАЗВАНЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ

### **Ключови предизвикателства:**

- *Нарастваща честота на депресията и самоубийствата;*
- *Нарастваща временна и трайна неработоспособност по повод психични разстройства;*
- *Институционализация на грижата за психичноболните и липса на услуги в общността.*

През последните десетилетия необходимостта психичното здраве да бъде включено сред най-важните приоритети на общественото здраве получава все по-голямо признание в Европа и света.

България няма цялостна политика в областта на психичното здраве, която да позволява интегриран подход по отношение на промоцията на психичните заболявания и развитието на системата за грижи и подкрепа на хората, страдащи от психични разстройства, както и на техните близки. Дейностите по промоция на психичното здраве са инцидентни и некоординирани. Психиатричното обслужване на болните е основано предимно на биологичното разбиране за психичната болест. Това довежда до акцентирание върху медицинските интервенции и грижи в системата на здравеопазването. Налице е институционализиране на грижата за болните с тежки психични разстройства и липса на развита система за психосоциална рехабилитация.

Необходимо е разработването и прилагане на нов подход за междусекторно сътрудничество по отношение на дейностите, свързани с опазване, възстановяване и подобряване на психичното здраве, обединяващ политиките и съответните партньори в образованието, здравеопазването, социалния сектор, правосъдието, както и организациите на гражданското общество.

През 2008 г. се даде начало на Европейски пакт за психично здраве и благоденствие, чрез който страните членки, в т.ч. и България, декларираха политическа воля за издигане на психичното здраве и благоденствието до ранга на основен приоритет и съвместни действия за психично здраве и благоденствие, в пет области:

- 1) психично здраве на работното място;
- 2) психично здраве в училищата;
- 3) превенция на депресията и самоубийствата;
- 4) разработване на основани на общността и социално приобщаващи психични здравни услуги за хора с тежки психични разстройства;
- 5) включване на психичното здраве във всички политики.

Промоцията на психично здраве е най-ефективна, когато действа в критични моменти от живота на индивида и общността и използва комбинация от методи за усилване на капацитета на всеки индивид за поддържане на психичното му благополучие и за консолидиране на общностите за справяне с факторите, които застрашават психичното здраве.

Здравето се формира още в първите години на живота, поради което дейностите по промоция на психичното здраве следва да започнат още преди раждането и да продължат през целия период на детството, като в зависимост от различните характеристики на възрастовите периоди се прилагат специфичните мерки и интервенции.

В периода на ранното детство интервенциите по промоция на психичното здраве са неразделна част от общите здравни грижи за децата и майките. Те започват по време на бременността и в периода до започване на училище включват основно подкрепа родителите за отговорно родителство, скрининг за насилие и злоупотреба с алкохол и наркотици, съвети за ранно детско развитие и др.

Дейностите по промоцията на психичното здраве на децата и юношите следва да продължат и да се развият в образователната система. Това изисква въвеждане на програми за насърчаване на психичното благополучие, базирани в училищата. С тяхна помощ децата от малки трябва да бъдат подкрепени да разпознават чувствата си и тези на другите, да се справят с трудните емоции и ситуации като избират ефективни стратегии за справяне.

Програмите трябва да са насочени към най-малките ученици, за да могат децата да бъдат насърчени да развиват важните умения в себе си още преди вредната динамика на маргинализиране и училищен тормоз да се е утвърдила.

При по-големите деца трябва да се прилагат целеви програми за превенция на самоубийствата, злоупотребата с алкохол и наркотици, хранителните разстройства (анорексия, булимия), сексуално здраве и др. Специален фокус се поставя на дейностите по превенция на насилието срещу младежи и риска от обществено изключване сред младите. Също така са необходими и програми за засилването на родителските компетенции и превенция на малтретирането.

Предвид характеристиките на младите хора е подходящо разработването и прилагането на онлайн платформи за промоция на психичното здраве в учебните заведения и интерактивни уеб сайтове.

*„Основите на психичното здраве се поставят още в първите години на живота. Смята се, че до 50% от психичните разстройства се появяват по време на юношеските години. При 10 до 20% от младите се откриват проблеми с психичното здраве. Тези проценти са по-високи сред категориите в неравностойно положение”.*

Европейски пакт за психично здраве и благоденствие



Нарушенията на психичното здраве на децата и юношите също следва да се разглеждат в общия контекст на комплексния подход към грижите за здравето въобще. Основополагаща е идеята, че за детското психично здраве са необходими не само лечебни мерки, които да осигуряват липса на клинични симптоми, но и целенасочени усилия за добро качество на живот и пълноценна социална адаптация на детето и юношата с психичен проблем. В България грижата все още е разделена между социалната и здравна системи и често е некоординирана и недостатъчно ефективна, тъй като системата на здравеопазването им предоставя единствено медицинска диагноза и медикаментозно лечение, а в системата на социалните услуги липсва достатъчен клиничен опит за разбиране на проблемното поведение. Това обуславя потребност от развитието на нов тип услуги, които да се адресират към деца и юноши с проблеми в психичното развитие и/или симптоми на психично страдание, застрашени от социално изключване, и техните семейства. Тези услуги следва да са базирани в общността и се осъществяват от интердисциплинарен екип с участието на медицински и други специалисти.

Децата и юношите с психични проблеми следва да получат индивидуално подходящи грижи, които да подпомогнат оптималното развитие на способностите им и включването им в социалния живот (учене/игра).

Предоставяната подкрепа за родителите трябва да спомага за намаляване на чувството им за изолация от обществото и да им помага да станат по-сигурни и способни да отглеждат дете с психично увреждане.

При изграждането на мрежата от услуги за деца, следва да се акцентира на услуги, предоставящи интервенции по типични за детската възраст проблеми като ранен детски аутизъм, разстройства на развитието, проблеми в нервнопсихичното развитие, поведенчески и емоционални разстройства, хранителни разстройства и др. Предвид недостига на специалисти в тези области е подходящо и развитието на иновативни подходи, в т.ч. изграждане на системи за дистанционно консултиране.

В образователната система трябва да бъдат осигурени механизми за ранна интервенция като специално внимание бъде отделено на изграждането на капацитет чрез обучение на млади хора, които да служат като медиатори.

*„Както гласи прословутата африканска поговорка: „Ако искаш да вървиш бързо - движ се сам, но ако искаш да достигнеш далеч – действай заедно с другите“. ... само всеобхватни секторни политики и добре обезпечените ранни интервенции могат да приобщат образованието, здравеопазването и социалната закрила в един общ механизъм, който да работи ефективно на местно ниво – с общностите и родителите.“*

Таня Радочай,  
представител на  
УНИЦЕФ за България



Политиката по превенция на психичното здраве трябва да продължи и през периода на трудоспособна възраст с акцент върху превенцията на психичното здраве на работното място и отчитане на сложните взаимовръзки между психичното здраве и трудовата реализация и заетост на хората.

Работната среда и начинът на организация и управление на работата могат оказат сериозно въздействие върху психичното здраве. Добрата психосоциална среда стимулира добри производствени резултати и лично развитие, както и психично и физическо благоденствие на работещите. От друга страна психосоциалните рискове и стресът на работното място са сред най-големите предизвикателства за безопасността и здравето при работа с широк спектър от патологични последици като хронична умора, безсъние, тревожност, прекомерно тютюнопушене и злоупотреба с алкохол и др. Хроничният стрес може да бъде предпоставка за развитието на сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания, както и на заболявания на храносмилателната система и опорно-двигателния апарат, на имунната система, депресия и др.

Това определя необходимостта от интегриране на дейностите за опазване и подобряване на психичното здраве в общата вътрешна политика на предприятията в областта на безопасността и здравето при работа.

Трайното нарастване на случаите на отсъствие от работа, безработица и икове за обезщетение за продължителни увреждания в резултат на психични разстройства изисква предприемане на активни мерки за превенция и ранно лечение на най-честите психични разстройства, водещи сред които е депресията.

Депресията пряко засяга индивидуалното поведение на хората и трудовата им активност като води до изключително високи икономически разходи, дължащи се на здравните грижи и загуби в производителността. Тя е сериозен рисков фактор по отношение на самоубийствено поведение и често е свързана с преждевременна смърт и намалено функциониране на семейството.

Тези неблагоприятия могат да бъдат частично избегнати чрез подходящи форми на профилактика и ранно диагностициране.

Важен елемент на политиката е и изпълнението на приетата през 2013 г. Програма за превенция на самоубийствата в Република България<sup>9</sup>.

*„Психичното здраве и благоденствието на работното място представляват сериозни двигатели на продуктивността и иновацията в ЕС.”*

Европейски пакт за психично здраве и благоденствие



Чести психични разстройства (депресия и тревожност) засягат около 1 на всеки 4 души.

В ЕС на всеки девет минути умира човек вследствие на последиците от самоубийство. През 2013 г. честотата на самоубийствата на 100 000 население в България е 9.44. Това поставя България сред държавите със средна към ниска честота на суицидната смъртност.



Осигуряването на политиката за психично здраве изисква развитието на адекватна система от грижи и услуги, позволяващи успешно интегриране и социализация на болните с психични разстройства.

Преструктурирането на ресурсите и реорганизацията в системата за психиатрична помощ в България следва да се осъществява в посока на развитието на формите на обществено базирана психиатрия, която да допълни, а в последствие да замени институционалното обслужване на хората с психични проблеми. Тя трябва да се основава на принципите на достъпност на здравни услуги, координираност и непрекъснатост на грижите, ефективност и на зачитането на правата на човека.

Ефективните психичноздравни услуги следва да идентифицират, наблюдават и подкрепят хора, изложени на риск за своето психично здраве, на ранен етап. За целта системата за първична медицинска помощ трябва да се развие като първа точка за достъп до системата за психичноздравни услуги, тъй като услугите в нея не са свързани с тежка стигма, достъпни са и позволяват ефективна краткосрочна интервенция. Специалистите в първичната медицинска помощ трябва да получат подходящо обучение в диагностиката и лечението на тези заболявания, както и указания за насочване за специализирана психиатрична помощ.

Специализираното лечение и наблюдение на острите случаи на психичната болест трябва да се осъществява от специалисти психиатри в извънболничната помощ, психиатрични стационари към многопрофилни болници или като част от мултифункционални екипи в психиатрични структури, осигуряващи комплексно обслужване на хората с психични разстройства. Усилията трябва да са насочени към максимално задържане на пациента в контакт с психичноздравната служба в общността, предотвратяване и овладяване на кризи изискващи хоспитализация чрез мобилни екипи за кризисни интервенции и при необходимост – краткосрочно лечение в стационарни условия.

Съществуващата мрежа от държавни психиатрични болници следва да бъде оптимизирана и постепенно да намалява своя капацитет за осигуряване на продължително специализирано лечение на болни с тежки психични болести. Тя трябва да е насочена към стабилизиране на състоянието на болните и продължаване на грижите в общността, без това да е свързано с предоставяне на резидентни грижи и институционализация на болните.

Психичните разстройства са на второ място, с най-голям принос за болестността (измерена с помощта годините живот в боледуване или инвалидност (DALYs)) в Европейския регион (19%) и най-важна причина за инвалидност. Въпреки това около 50% от хората с психични разстройства не полу-чават никаква форма на лечение.

Стигматизацията и дискриминацията са основните причини, поради които хората избягват да търсят помощ.

*„Грижите за хората с психични разстройства са важен показател за развитието на едно общество. Държавите, в които тези грижи са добре развити, са затворили или са намалили броя на институциите и са ги заменили с голямо разнообразие от услуги, базирани в общността.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Едновременно с това следва да се ускори процесът на разкриване на подходящи услуги за осигуряването на психосоциална рехабилитация в общността - дневни центрове, защитени жилища за хора с психични разстройства и други. Развитието на услугите, насочени към психосоциална рехабилитация, трябва да осигуряват възможности за пълно възстановяване на социалните функции на пациента, а в тежките случаи на болестта – да изграждат ограничени способности за самообслужване.

Услугите следва да бъдат предлагани комплексно и психичната болест се разглежда като проблем на индивида и неговата общност. За целта в процеса трябва да бъдат мобилизирани общите и специализирани медицински ресурси, както и социалните и човешки ресурси в общността. На тази база следва да бъдат изградени мултидисциплинарни екипи за психично-здравни услуги с участието на немедицински и парамедицински специалисти, които да бъдат обучение за водене на психиатричен случай и управление на психичната болест.

Процесът на изграждане на капацитет за грижи в общността трябва да се планира на база на установените потребности и визия за деинституционализация и ресоциализация на болните с психични разстройства. Деинституционализацията и насочването към психично-здравни услуги в общността следва да е основано на спазването на правата на пациентите, оценка на техните индивидуални нужди и осигуряване правото им на избор. С особено внимание трябва да се подходи към процеса на подготовка и прехвърляне на болните, трайно пребиваващи в институциите за обслужване в общността. Необходимо е изграждане на капацитет за управление на този процес, в който да бъдат ангажирани всички заинтересовани страни.

Наред с това е необходимо да се предприемат мерки за промяна в нагласите на цялото общество към психично болните, което продължава да бъде стигматизиращо и дискриминационно, както и за осигуряване на възможности за сдружаване на психично болните и техните представители в организации, защитаващи техните права.

Необходими са кампании и действия срещу стигматизацията в училищата и на работното място с цел да се благоприятства интегрирането на лицата, страдащи от психични разстройства, позволявайки им да имат полесен достъп до обучения, в т.ч. до адаптирани програми за обучение и до работни места.

*„... Новите здравни технологии създават възможност за психично-здравни грижи, които не се базират на изолация на болните с хронични тежки психични болести, а позволяват тяхното участие в естествените човешки общности.”*

„Здраве 2020“, СЗО

*„... Психиатричната стигма в България е силна, неосъзната и има икономически последици. Психично болните са социално дискриминирани. Прието е да се смята, че единствено болните са виновни за нещастията си и че не бива да очакват от обществото да споделя бремето им.“*

Национална политика за психично здраве  
2007-2012 г.

**МЕРКИ:**

1.5.1. Тематични проучвания на епидемиологията, причините, факторите и последиците при психичното здраве, както и върху възможностите за интервенция и добрите практики;

1.5.2. Осигуряване на стратегическа рамка и финансови механизми за планиране и реализация на политиката за психично здраве;

1.5.3. Прилагане на програми за промоция на психичното здраве и благоденствие за всички обществено-икономически групи чрез намеси, съобразени със индивидуалните особености;

1.5.4. Продължаване на процеса на деинституционализация, интегриране на психиатричната помощ в общата система на медицинско обслужване, преформулиране и оптимизиране на

функциите на големите психиатрични болници от резидентен тип;

1.5.5. Развитие на комплексното обслужване на психично болните в близост до тяхната естествена жизнена среда;

1.5.6. Обучение на кадри в умения и знания, необходими за прилагане на нови подходи и дейности за осигуряване на психично здраве;

1.5.7. Изграждане на ефективни механизми за партньорството между системите на здравеопазването, правосъдието, образованието и социалната система, както и организациите на гражданското общество;

1.5.8. Осигуряване на обществена подкрепа за преодоляване на психиатричната стигма.

## ПОЛИТИКА 1.6. ВЪЗМОЖНО НАЙ-ДОБРО ЗДРАВЕ ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДАНЯ

### Ключови предизвикателства:

- Затруднен достъп на хората с увреждания до обществени, в т.ч. здравни услуги;
- Изключваща и лишена от индивидуализация система на медицинска експертиза.

Създаването на условия за постигане на възможно най-доброто здраве на хората с увреждания има ключова роля за подобряването на качеството им на живот и гарантиране на техните права, в т.ч. недопускането на дискриминация по признак „увреждане“.

Политиката се базира на превантивния подход за предотвратяване на настъпването на увреждания чрез въздействие върху причините за тяхното възникване.

Докато в миналото голяма част от уврежданията са били причинени от външни фактори като войни, епидемии, глад, бедност, липса на достъп до медицинска помощ, през последните години все по-честа причина за увреждания са различни медицински фактори - хроничните неинфекциозни заболявания, състояния, възникнали в перинаталния период, неконтролирана употреба на лекарства, в т.ч. наркотици и стимуланти, нарушение на добрата медицинска практика и др. Немедицинските причини за настъпване на увреждане са свързани с трудовия, битовия и пътнотранспортния травматизъм, факторите на трудовата и околната среда, бедствия и аварии и др.

Това дава основание за нов поглед върху ролята на здравната система за първичната и вторична превенция на уврежданията.

Първичната превенцията на уврежданията е част от общия процес на промоция на здраве, профилактика и ранна диагностика на болестите. В тази връзка важно значение има развитието на пренаталната диагностика и последващите медицински грижи за здравето на децата и хората във всички възрастови групи. (Виж Политика 1.1, 1.2 и 1.3) Необходимо е и развиването на дейностите за осигуряване на безопасност на пациентите, недопускане на вътреболнични инфекции и нарушения на добрата медицинска практика (Политика 2.8).

*„Достъпът на хората с увреждания до здравни услуги, в това число стандартни медицински лечения, може да бъде ограничен, като това води до несвързани с техните увреждания неравенства по отношение на здравето. Те имат право на равноправен достъп до здравеопазване, в това число до основано на профилактиката здравеопазване, както и на специфични качествени здравни и рехабилитационни услуги на достъпни цени, при които се отчитат техните потребности, включително потребностите, свързани с техния пол.“*

Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г.:  
Подновен ангажимент за Европа без бариери

Вторичната превенция на уврежданията е свързана с възможностите на здравната система да осигури своевременно и качествена медицинска помощ при настъпили увреждания, причинени от външни причини, с цел максимално възстановяване на здравето.

В този общ контекст превенцията на всички увреждания (в т.ч. тези причинени от външни причини) включва всички дейности, свързани с повишаване на качеството на превантивната, диагностичната, лечебната и рехабилитационната дейност на здравната система, в т.ч. нейната технологична осигуреност (Политика 2.3, 2.4., 2.5).

Мнозинството от хората с увреждания имат повече общи и специфични за тяхното състояние проблеми и съответни потребности от услуги, свързани с физическото, психичното и социално здраве, в сравнение с хората без увреждания. Въпреки това често те са по-затруднени в достъпа си до медицинска помощ. Основните причини включват бедност и социална изолация, стигматизация, отдалеченост или труднодостъпност на лечебните заведения, комуникационните проблеми и др.

Необходимо е да се предприемат мерки за осигуряване на оптимален достъп на хората с увреждания до основните здравни услуги, осъществявани в общата система на здравеопазване и основно в първичната медицинска помощ. Лекарите и медицинските специалисти в системата за първична медицинска помощ трябва да подобрят знанията си за хората с физически и умствени увреждания и техните здравословни проблеми. Общопрактикуващите лекари, които се грижат за пациенти с увреждания, следва да бъдат подкрепени при планирането и осъществяването на комплексното наблюдение и лечение от съответните лекари специалисти и лечебни заведения в зависимост от вида и степента на увреждането. Особено важно е изграждането на логистични мрежи за диагностика, лечение и рехабилитация на деца и хора с увреждания в рамките на съществуващата здравна системата. (Виж Политика 1.1, 1.2, 2.4 и 2.5).

Здравната помощ за лица с увреждания често се нуждае от интердисциплинарен подход, което налага подобряване на координацията между различните здравни професионалисти, както и на социалните и други услуги, предоставяни на хората с увреждания. Особено значение трябва да се отдели на осигуряването на навременна рехабилитация като комплексна дейност, включваща медицинска, професионална и социална рехабилитация.

*„Действията на равнище ЕС ще подпомагат мерките на национално равнище за предоставянето на достъпни, недискриминационни здравни услуги и здравна материална база; за насърчаването на осведомеността относно уврежданията във висшите учебни заведения по медицина и в учебните планове за медицински работници; за предоставянето на подходящи рехабилитационни услуги; за насърчаване на свързаните с психическото здраве услуги и изграждането на услуги за ранна намеса и оценка на потребностите.“*

Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г.: Подновен ангажимент за Европа без бариери

На хората с увреждания трябва да се осигури достъп до качествена медицинска рехабилитация, насочена към профилактика и предотвратяване появата и развитието на увреждания, намаляване или отстраняване периодите на неработоспособност и на функционалните разстройства, както и компенсирание по различни начини и чрез различни средства на загубените функции на организма.

Необходимо е да бъдат осигурени достатъчно рехабилитационни структури, осъществяващи комплексни рехабилитационни програми, в т.ч. медицинска и функционална диагностика, кинезитерапия, физикална терапия, говорна терапия, ерготерапия, психотерапия и др. Медицинската рехабилитация следва да се осъществява от добре обучени интердисциплинарни екипи, включващи лекари, психолози, физиотерапевти, кинезитерапевти, ерготерапевти и др.

Важна част от рехабилитационния процес за хората с увреждания е осигуряването на подходящи технически помощни средства, позволяващи максимална степен на самостоятелност и независимост в ежедневието. Така те ще могат да извършват своите всекидневни лични и професионални дейности, да общуват, да пътуват, да се занимават със спорт и с развлекателни дейности. В тази връзка в необходимо подобряване на механизмите за осигуряване на технически помощни средства, включително и на индивидуални протези и ортези и други спомагателни устройства и технологии, предназначени за абилитация и рехабилитация на хората с увреждания.

Едновременно с това следва да се развива координацията на процесите на медицинска, социална и професионална рехабилитация, насочени към максимална интеграцията, реинтеграцията или социалното включване на хората с увреждания в обществото, в т.ч. осигуряване на трудова заетост.

Важен елемент от този процес е подобряването на съществуващия модел за експертиза на работоспособността и оценка на специфичните нужди за тях. Преди всичко е нужно да бъде преосмислен универсалният, в много отношения, характер на оценката на медицинската експертиза. Понастоящем решенията на органите на медицинската експертиза са ключов инструмент за ползване на голям брой социални помощи и услуги. Те най-често не са в състояние да осигурят социалното включване на хората с увреждания, но водят до значително разходване на бюджетни средства без необходимия ефект.

*„Държавите – страни по настоящата конвенция, предприемат ефективни и подходящи мерки, включително чрез взаимна подкрепа в рамките на общността, за да се даде възможност на хората с увреждания да постигнат и поддържат максимална самостоятелност, пълноценна физическа, умствена, социална и професионална реализация и пълноценно включване и участие във всички сфери на живота. За тази цел държавите – страни по конвенцията, организират, укрепват и разширяват цялостна система от услуги и програми по абилитация и рехабилитация, и по-специално в сферите на здравеопазването, заетостта, образованието и социалните услуги ...”*

Конвенция на ООН  
за правата на хората с  
увреждания  
(Ратифицирана със закон,  
приет от 41-ото Народно  
събрание на  
26 януари 2012 г.)

Акцентът върху социалното включване като централен въпрос при провеждане на политиките в сферата на уврежданията предполага нов подход към оценяването на възможностите и нуждите на отделните лица при водеща роля за социалната оценка въз основа на първоначалната медицинска експертиза. Предвид обстоятелството, че всяко едно увреждане оказва различно въздействие върху способността на лицата да упражняват един или друг вид труд, индивидуалната оценка трябва да се насочи не само към определяне на функционалния дефицит в резултат на увреждането, но и към възможностите за компенсирането му, за да може лицето да полага определен вид труд.

Медицинската експертиза е необходим инструмент за установяване на наличието и степента на физическо или психическо увреждане, но е неефективно средство за определяне на потребностите от подпомагане на интеграцията. Ролята на медицинската част от оценката следва да се ограничи до установяване на функционалния дефицит и степента на увреждане, дефиниране на допустимите условия на труд и определяне на необходимото лечение и рехабилитация, в т.ч. необходимите технически помощни средства. Тя трябва да бъде последвана от задължителна индивидуална социална оценка и оценка на работоспособността. Съвкупното оценяване на резултатите от медицинската експертиза, факторите на средата, активността и личните фактори ще дадат по-ясна преценка за потребностите на лицето, като се търси запазеният потенциал, запазените възможности, мерките, които биха върнали в максимална степен човека към обичайното му ежедневие. Оценката на тези фактори паралелно с професионалните характеристики и трудовия опит на индивида, ще помогне за по-ефективното включване на хората с увреждания в програми за стимулиране на заетостта.

Особено важно е използването на капацитета на службите по трудова медицина и бюрата по труда в подкрепа на професионалната реализация на максимално голям брой хора с увреждания, включително чрез адаптиране на работната среда и подходящи мерки за обучение и квалификация или преквалификация.

Елемент на цялостната политика за осигуряване на възможно най-високо ниво на здраве и благополучие за децата и хората с физически увреждания и психически разстройства е ускоряването на процеса на деинституализация и развитие на съвременни модели на интегрирана грижа за тях. (Политика 1.1, 1.2, 1.5)

*„Увреждането е проблем, свързан със средата, а не с личността, което го прави социален, а не медицински проблем”*

*„От инвалиди към хора с увреждания”*

*Правата на хората с увреждания в България, Преглед 2001 г.*

*„ЕИСК потвърждава, че всички хора с увреждания, (...) трябва да се ползват пълноценно от всички права на човека и основни свободи на равнопоставена основа с другите. Комитетът признава и насърчава правото на независим живот и изтъква необходимостта от подкрепа за прехода от институционални грижи към грижи в общността.”*

*Становище на Европейския икономически и социален комитет относно Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г.: подновен ангажимент за Европа без бариери“ COM(2010) 636*

**МЕРКИ:**

1.6.1. Превенция на уврежданията чрез развитие на ранната диагностика и своевременно и ефективно лечение;

1.6.2. Развитие на структурите за физикална терапия и рехабилитация и рехабилитационната помощ в амбулаторни и стационарни условия;

1.6.3. Подобряване на достъпа на хората с увреждания до медицинска помощ, в т.ч. чрез изграждане на достъпна среда в лечебните заведения и възможности за лечение, посещения и рехабилитация в дома;

1.6.4. Обучение на персонала на лечебните заведения за работа с хора с увреждания;

1.6.5. Въвеждане на нови подходи за работа в общността и непрекъсната и интегрирана медицинска и социална грижа за хората с увреждания;

1.6.6. Подобряване на достъпа и качеството на медицинската експертиза за степен на увреждане в системата на здравеопазването;

1.6.7. Осигуряване на достатъчен брой съвременни технически помощни средства на достъпни цени;





## ПОЛИТИКА 1.7. ЗДРАВЕ ЗА УЯЗВИМИ ГРУПИ

### **Ключови предизвикателства:**

- Висока степен на уязвимост на бременните, майките и децата;
- Нарастваща уязвимост на хората с увреждания и възрастните хора;
- Здравната уязвимост, обусловена от социални фактори, ангажира все по-значителни ресурси на здравната система.

Здравната уязвимост е резултат от изключващите процеси, свързани с неравенствата в достъпа до образование, работа, пари и ресурси, както и условията, в които хората се раждат, растат, живеят, работят и остаряват. Тези социални детерминанти на здравето действат различно на отделните индивиди и обществени групи като създават непрекъснато включване или изключване и систематично повишават социалния градиент на здравето. Този градиент се увеличава според нивото на лишения, т.е. колкото е по-ниско социалното положение на човек, толкова по-лошо е неговото здраве. Хората в най-неравнопоставените групи и общности, които са обект на много различни видове изключващи процеси, са в много по-лошо здраве от тези, които са обект на един процес или са в по-благоприятна социална група.

Най-висока степен на здравна уязвимост имат неграмотните, бездомните, хората от малцинствените групи, продължително и трайно безработните, изпаднали в социална изолация и икономическа зависимост от действията на държавата, чийто брой нарасна след световната икономическа и финансова криза. През последните години нараства и броят на бежанците и търсещите убежище, жертвите на трафик на хора, домашно и друго насилие, които също са силно уязвими. Семействата на хора с алкохолна и други зависимости, болни със тежки психични и физически увреждания са друга категория, която има високо ниво на здравна и социална уязвимост.

Децата в тези групи са в особен риск и изискват специално внимание поради зависимостта си от възрастните за своето оцеляване, уязвимостта им към физически и психологически травми и потребностите за развитието им, които трябва да бъдат изпълнени, за да се гарантира нормалният им растеж и развитие.

*„... през 2011 г. около 24,2 % от населението на ЕС е било изложено на риск от бедност или изключване; ... освен това индивидуално предоставените данни за здравето състоянието сред лицата с ниски доходи са се влошили, като голямата разликата в здравословното състояние продължава да се увеличава в сравнение с 25-те процента от населението с най-високи доходи”*

Резолюция на ЕП  
Въздействие на кризата  
върху достъпа на уязвими  
групи до грижи  
(2013/2044(INI))

Неравенствата се натрупват в течение на живота и често продължават с поколения като водят до трайни дефицити в здравето и потенциала за развитие на семействата и общностите. Когато на определени групи влияят множество изключващи процеси, те стават особено уязвими и тази уязвимост става устойчива във времето.

Справянето с уязвимостта изисква целенасочена политика за подкрепа на тези групи, насочена към създаване на условия за по-високо качество на техния живот, независимост и реално участие в социалния живот. Особено значение в тази връзка имат мерките за осигуряване на образование, квалификация, трудова заетост, превенция на насилието и престъпността.

Следва да се има предвид, че тъй като голяма част от здравните им проблеми възникват или се влошават от тяхното неравностойно социално положение, то мерките, насочени към тяхното социално включване, имат пряко позитивно влияние върху тяхното здраве и техния достъп до здравни грижи.

Специфичните здравни политики, насочени към здравето на уязвими групи, трябва да са насочени към подобряване на достъпа и адаптиране на здравните услуги към характеристиките на тези групи.

Програмите за промоция на здравословен стил на живот, превенция на хроничните незаразни заболявания, сексуално и репродуктивно здраве, превенция на прекомерната употреба на алкохол и наркотици, тютюнопушене, скрининговите програми и други следва да бъдат подходящо адаптирани, за да могат да обхванат различните уязвими групи от населението.

Особено внимание изискват някои по-специфични групи, които се отличават с комбинираност на проблемите, в т.ч. тежки заболявания и увреждания, които ги поставят в още по-уязвимо положение.

В тази връзка трябва да бъдат предприети мерки за подобряване на достъпа до здравни услуги на всички деца, бременни и родилки от уязвими групи, в т.ч. чрез развитие на мобилни услуги в общността. Услугите следва да са насочени към ранно обхващане на бременните, наблюдение по време на бременността, своевременно хоспитализация на родилките, правилно отглеждане на децата и обхващане с имунизации и др. Особено внимание следва да се обърне на превенцията на ранната раждаемост, семейното планиране и сексуалното и репродуктивно здраве (Виж Политика 1.2 и 1.3).

*„... оставянето на уязвимите лица без достъп до услуги, свързани със здравеопазване, или грижи, е неправилен начин за икономии, тъй като това може да има дългосрочен отрицателен ефект както върху разходите за здравеопазване, така и върху личното и общественото здраве.”*

Резолюция на ЕП  
Въздействие на кризата  
върху достъпа на уязвими  
групи до грижи  
(2013/2044(INI))



Преодоляването на здравната уязвимост и неравенства при лицата от определени уязвими групи изисква прилагане на интегриран подход, при който предоставянето на различните обществени услуги (социални, здравни, образователни и др.) се осъществява в координация. От особено значение е развитието на мрежа от интегрирани здравно-социални услуги за уязвими групи в общността.

Предоставящите здравни услуги следва да придобият знания и умения за работа с хора и групи с различна култура и начин на живот, с оглед подобряване на общуването с тях и преодоляване на някои съпротиви, свързани с начина на живот и със здравните грижи. В тези групи следва да се разширява мрежата от здравните медиатори, като предпоставка за подобряване на достъпа до здравни грижи, здравно образование и информиране.

Особено внимание заслужават мерките за осигуряване на ефективни координационни механизми за защита на деца и възрастни, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисни интервенции, както и услуги за пострадали от различни форми на насилие – кризисни центрове, травма центрове и др.

По отношение на здравната уязвимост на лицата с психични и физически увреждания следва да се прилагат общите политики за развитие на мрежата от услуги в общността при подчертан акцент върху дейностите, насочени към тяхната социална интеграция (Политика 1.5 и 1.6).

Нарастващата уязвимост на възрастните хора предполага приоритизиране на общите мерки за опазване и подобряване на тяхното здраве (Политика 1.4) и фокусирането им върху най-висока степен на уязвимост и риск от социално изключване.

Развитието на услугите, които най-добре отговарят на здравните и социалните нужди и повишават качеството на живот на хората, следва да бъдат разработени в тясно сътрудничество и консултации с организациите, които защитават и представляват уязвимите групи. Особено внимание трябва да се отдели на преодоляването на стигматизацията и недопускането на никакви форми на дискриминация поради принадлежност към уязвими групи в процеса на предоставяне на здравни услуги.

Активно трябва да се използват възможностите на доброволческия сектор и да се търсят ресурси в самите уязвими групи за подкрепа на здравните политики.

*„Механизмите за предоставяне на здравни услуги често не достигат до уязвими хора с ниски доходи.*

*Осигуряването на достъп на тези хора до грижите, от които се нуждаят през целия живот, налага търсене на нови подходи към предоставянето на услуги чрез програми за достигане до тях, вместо да ги чака да потърсят помощ в традиционните условия за доставка на услуги.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Изследване на Агенцията за основните права на ЕС от 2012 г. между жени на възраст между 18 и 74 г. от всички страни членки показва, че в България 23% от интервюираните, или почти всяка 4-та жена, е била жертва на физическо и/или сексуално насилие от страна на партньора си. 14% от жените у нас са преживели такъв тип насилие, но извършителят не е бил техен партньор. 29% от жените в България, или почти 1 милион, в детството си са преживели поне една от трите форми на насилие – физическо, сексуално или психологическо.

**МЕРКИ:**

1.7.1. Осигуряване на достъп на всички бременни, родилки и деца на достъп до основен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК;

1.7.2. Повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи от населението съгласно националния имунизационен календар;

1.7.3. Подкрепа за междусекторни мерки за социално включване, в т.ч. участие в системата на задължителното здравно осигуряване на лицата от уязвими групи.

1.7.4. Създаване на механизми за определяне на съответните специфични нужди и потребности на уязвимите групи като основа за планиране на здравните услуги;

1.7.5. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги за уязвими групи в общностите с фокус върху бременни, деца, възрастни хора и хора с увреждания;

1.7.6. Изграждане на умения за здравословно поведение чрез повишаване информираността на уязвимите групи;

1.7.7. Утвърждаване на модела на здравния медиатор към общините като работещ модел за преодоляване на културните бариери в общуването с ромите, в т.ч. при провеждането на

профилактични програми и здравно образование;

1.7.8. Осигуряване на интегрирани грижи, вкл. и психологическа подкрепа на бежанци, жертви на домашно и друго насилие, трафик на хора, както и на семействата на алкохолици, наркомани, и др.

1.7.9. Обучение на специалисти за предоставяне на интегрирани услуги за лица от уязвими групи.



## ПРИОРИТЕТ 2

### ИЗГРАЖДАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА СПРАВЕДЛИВА, УСТОЙЧИВА И ЕФЕКТИВНА ЗДРАВНА СИСТЕМА, ОРИЕНТИРАНА КЪМ КАЧЕСТВО И РЕЗУЛТАТИ

*„Осигуряване на високо качество на обслужване и подобряване на здравните резултати във всички области изисква здравни системи, които са финансово жизнеспособни, годни за целта, насочени към хората и доказателствено информирани. Добре функциониращите здравни системи подобряват въздействието върху здравето на населението, защитават хората от финансови затруднения, когато са болни и отговарят на основателните очаквания на населението, свързани с ползите и услугите.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Българската здравна система, подобно на останалите европейски здравни системи, е изправена пред сложни предизвикателства. Тя трябва да се приспособи към променящия се демографски модел на болестите, особено към предизвикателствата на хроничните заболявания, психичното здраве и състояния, свързани със стареенето.

Здравеопазването става все по-скъпо и сложно за планиране и регулация поради бързо напредващите темпове на технологичния прогрес, промените в структурата на населението, по-информираните потребители на услуги и увеличаването на трансграничното движение, в т.ч. на медицинските специалисти. Динамично променящите се потребности на фона на ограничени ресурси налагат трудни решения, които още повече се изострят в периоди на икономически спад.

Отговорите на здравната система на тези променящите се тенденции изискват иновативни и комплексни решения, насочени към крайните потребители, в т.ч. и хората в добро здраве, които да са базирани на доказателства и да са възможно най-устойчиви на икономическите въздействия и кризи.

Това налага преориентиране на здравните системи, за да се даде приоритет към превенция на болестите, насърчаване на непрекъснато подобряване на качеството и интегриране на предоставянето на услуги, осигуряване на последователност на грижите, подкрепа на самостоятелните грижи на пациенти и преместване на грижите най-близо до дома.

*„Реформите в системата на здравеопазване следва да включват:*

- оптимизиране на болничната система и политиката по отношение на лекарствата с цел спиране изтичането на ресурси и осигуряване на по-добър достъп до здравни грижи и по-високо качество;*
- засилване на алтернативите на болничната помощ и съгласуване на стимулите, за да се осигури лечението на пациентите на необходимото ниво на грижи, така че да се подобри и стане по-ефикасно управлението на хроничните заболявания.“*

„България. Систематичен анализ на страната. Потенциалът на България за устойчив растеж и споделен просперитет“  
Световна банка, 2015

## ПОЛИТИКА 2.1. ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

### *Ключови предизвикателства:*

- *Нарастващи лични и публични разходи за здраве при влошаващи се здравни резултати и удовлетвореност;*
- *Ниска ефективност на разходите за здравеопазване с превес на лечението на последиците за сметка на превенцията;*
- *Липса на обвързаност на финансирането с качеството и резултатите;*
- *Липса на капацитет за оценка на здравните технологии с цел гарантиране на достъп само до доказали своята клинична ефективност технологии.*

Осигуряването на ефективни механизми за устойчиво финансиране на здравната система е ключов фактор за реализиране на по-широката програма на реформиране и преориентиране на системата към променящите се здравни потребности.

През последните години повишаващите се разходи за здравеопазване поставят пред управленските институции в цял свят сериозни предизвикателства. В много страни относителният дял на здравния бюджет като процент от БВП е по-голям от когато и да било. Редица здравни системи не успяват да удържат разходите, а финансовият натиск още повече затруднява постигането на точен баланс между потребности и ресурси и осигуряването на адекватна социална защита. Нарастването на разходите се определя предимно от предлагането, в т.ч. на нови методи за лечение и технологии, както и от повишаващите се очаквания и изисквания на хората за защита от рискове за здравето и достъп до висококачествено медицинско обслужване.

България не се различава от общата тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи. По международни сравнения общите разходи на правителството на България, съотнесени към БВП (усилието на разходите) и общите приходи, съотнесени към БВП (усилието на приходите), са малко над средните стойности в сравнение с други страни със сходни доходи. Между 1995 г. и 2014 г. правителството е увеличило дела от бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 на 12 процента.

*„Демографските, епидемиологични и икономически тенденции, съчетани със съществуващите структурни неефикасности в настоящата система на здравеопазването, представляват значими предизвикателства за бъдещото адекватно финансиране на здравните услуги за населението на България.*

*Това е довело до ситуация, при която сегашната система на здравеопазване не отговаря на потребностите на населението и при която, без значими реформи, бъдещите здравни и финансови перспективи изглеждат мрачни.“*

Анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България  
Доклад на Световна банка  
2015 г.

В сравнение със страни със сходни икономически показатели това е малко над средните стойности, което показва, че България дава по-голям приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на бюджета.

Едновременно с това социологическите проучвания на бюджета на домакинствата в България показват, че частните разходи също нарастват прогресивно. Високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве.

Анализът на динамиката в разходите за здравеопазване и здравно-демографските показатели за състоянието на населението показват ясно, че устойчивото нарастване на средствата за здраве не се съпътства от съответно подобрение на показателите за здравето на гражданите.

Силното увеличаване на разходите в здравната система, съчетани с тенденциите на пазара на труда и брутния вътрешен продукт, характеризиращи се със застой в приходите, водят до все по-големи дефицити в държавния дял на бюджета за здравеопазване. Според международни анализатори<sup>10</sup> България, подобно на други страни, и в бъдеще ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличава средствата за здравеопазване. Макар че част от този натиск се дължи на вътрешно присъщи неефективности в сегашната система, много от факторите са външни за системата на здравеопазването, като застаряването на населението, нарастването на хроничните заболявания, техническия прогрес, свързан с въвеждането на нови медицински и други технологии и др. Степента, до която България се справя с тези различни видове натиск, зависи както от общите фискални фактори в страната, така и от решенията на правителството в сферата на определянето на приоритетите в здравеопазването.

*„Намаляването и застаряването на населението и на работната сила увеличава натиска върху разходите, ограничава приходите, растежа и фискалното пространство на България“.*

Това налага в системата на здравеопазването да бъдат предприети сериозни реформи, които следва да се планират в контекста на настоящата и вероятно бъдещата макроикономическа и по-специално фискална ситуация.

Фискалното пространство се дефинира като „наличност на бюджетно пространство, което позволява на едно правителството да предоставя ресурси за постигането на желана цел, без да се засяга устойчивостта на финансовото положение на правителството“.

*„Със застаряването на българското население, ефикасното предоставяне на публичните услуги, свързани със здравеопазване, дългосрочни грижи (ДСГ) и пенсии, ще бъде все по-важно. Без реформи, растящото потребление на свързаните със застаряването публични услуги вероятно ще доведе до значително увеличаване на публичния дълг и ще застраши устойчивостта на публичните финанси.“*

„България. Систематичен анализ на страната. Потенциалът на България за устойчив растеж и споделен просперитет“  
Доклад на Световна банка  
2015

Анализът на състоянието на финансирането в България<sup>10</sup> показва, че намирането на фискално пространство в бюджета за увеличаване на разходите за здравеопазване, без да се застрашава икономическата стабилност, ще бъде трудно. От теоретична гледна точка фискалното пространство може да възникне от:

- Повишени държавни приходи;
- Увеличен държавен дълг;
- По-високи равнища чуждестранна помощ;
- Промяна на приоритетите между секторите;
- Повишена ефикасност на съществуващи разходи;
- Инфлационни финанси.

Допълнителното фискално пространство от повишаващи се държавни приходи в България се очаква да бъде твърде скромно поради предвижданията за реален годишен икономически растеж до 2020 г. от 1,5-2,5 % и вече големите усилия за събиране на приходи.

Продължаващият отрицателен фискален баланс и натискът да се контролират равнищата на дълга се очаква да се запазят до 2020 г., ограничавайки изразходването на средства и вземането на заеми от правителството.

Чуждестранната помощ също не е жизнеспособен или устойчив вариант предвид равнището на тези приходи в България и ограничените възможности за достъп до структурните фондове на ЕС в контекста на финансовата перспектива 2014-2020 г. за финансиране на проекти в здравеопазването.

Приоритизиране на разходите между секторите и на по-голям бюджет за здравеопазване е възможна част от решението, макар че сега здравният бюджет достига 12 %, а страната има и други приоритети.

Въпросът за „подходящото ниво“ на финансиране на здравеопазването следва да се постави в общия контекст на политиките за подобряване на здравето и стойността, която се придава на здравето и здравеопазването, разгледани сами по себе си или в сравнение с другите сфери на обществения разход.

Едновременно с това трябва да се отчита и фактът, че значителното нарастване на средствата за здравеопазване през последните години, не доведе до съответно подобряване на показателите за здраве, което показва, че без други мерки този подход сам по себе си не гарантира успешно справяне със здравните предизвикателства.

Повишената ефикасност в програмите на държавния сектор са най-вероятният източник на повишено фискално пространство в бъдеще.

*„Разходите за здравеопазване са съществен фактор при разглеждане на системата на здравеопазване на една страна. Поради факта, че оказват влияние върху конкурентоспособността и потенциала за развитие на нацията, икономически развитите страни в света поставят приоритет върху финансирането на сектора. Здравеопазването има един от най-високите дялове, както в размера на публичните разходи, така и като част от БВП за страните от ЕС.“*

Секторен анализ  
„Финансиране и управление на здравеопазването“,  
Министерство на финансите на Република България



Повишаването на ефективността би могло да доведе до значително по-добри резултати и да компенсира необходимостта от съществено увеличение на разходите. За целта е необходимо провеждането на комплекс от мерки, осигуряващи нов дизайн на планирането, договарянето, закупуването и доставката на здравни услуги и стоки, както и на системите на заплащане с цел създаване на стимули за ефективност, ефикасност и качество, в т.ч.:

- префинансиране на здравноосигурителното покритие;
- стратегическо разпределение на ресурсите;
- програмно финансиране на изведените приоритети;
- стратегическо договаряне при закупуването на здравни стоки и услуги;
- подобряване на събирането на здравни данни и широко използване на технологии в управлението, контрола и оценката на постигнатите резултати;
- редуциране на прекомерната употреба на специализирана и болнична помощ за сметка на по-добра здравна промоция и превенция на болестите;
- осигуряване на разходно-ефективна употреба на лекарства;
- използване на оценка на здравните технологии за формиране на решения;
- осигуряване на административната ефективност и ефикасност чрез оптимизиране на структури и минимизиране на дублирането на функции и задачи.

Така реформите, които целят да осигурят политическа и финансова устойчивост в контекста на социалната сигурност трябва да се фокусират върху солидарно събран ресурс, равнопоставен достъп и осигуряване на резултат и полза от вложените средства.

Мерките за подобряване на ефикасността изискват съществени промени в начина на функциониране на системата и предоставяните от нея здравни услуги, в т.ч. рационализиране на болниците, засилване на алтернативите на болничната помощ и концентриране на ресурсите за решаване на основните здравни предизвикателства – хроничните незаразни болести, психичното, детското и майчиното здраве.

Ефективното разходване на средствата за здраве налага определянето на приоритетни здравни услуги и стратегическо преразпределение на ресурсите:

- по пакети здравни дейности;
- по видове медицинска помощ - първична, специализирана извънболнична, болнична;

*„Основната цел на системата на здравеопазването е да постигне висока степен на ефективност чрез оптимизирането на съществуващите ресурси, необходими за изпълнението на определените функции. Един от критичните фактори за успех е в основата ѝ да бъде заложен механизъм, позволяващ лесна преко конфигурация при запазване на нейната работоспособност.“*

Секторен анализ  
„Финансиране и управление на здравеопазването“,  
Министерство на финансите на Република България

- по направления - промоция, профилактика, скрининг, диагностика, лечение и рехабилитация;
- по видове здравноосигурени лица и източници на здравноосигурителни плащания;
- на база резултати и качество на медицинската помощ.

По оценка на международни анализатори пакетът ползи, осигурен чрез задължителното здравно осигуряване, „е всеобхватен и включва съвременни технологии и иновативни лекарства”. Въпреки това не предоставя ефективни механизми за фокусиране на здравните дейности върху здравните предизвикателства, свързани с основните причини за влошаване на здравните показатели на населението.

Подкрепата на основния пакет здравни дейности, заплащан от НЗОК, чрез допълнителното здравно осигуряване и финансиране от държавата на дейности, в т.ч. спешна медицинска помощ, също не допринася съществено за подобряване на здравните резултати.

Подобряването на здравните показатели на населението в контекста на определените национални здравни цели изисква прецизиране на здравноосигурителното покритие и концентриране на ресурсите (финансови, човешки, инфраструктурни и др.) за обезпечаване на по-голям обем дейности, интервениращи върху основните здравни проблеми.

Чрез механизмите за заплащане на здравни дейности от системата на задължителното здравно осигуряване и държавния бюджет на всеки български гражданин следва да бъде осигурен достъп до:

- Основен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, насочен към профилактика, диагностика и лечение на основните заболявания и състояния, причиняващи смърт и загуба на работоспособността, детско и майчино здраве;
- Допълнителен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, за заболявания, които не са свързани със съществени органични и функционални нарушения и чието лечение може да се организира в условията на планов прием без това да води до влошаване на качеството на живот на пациентите;
- Спешен пакет здравни дейности, заплащани от държавния бюджет, за овладяване на състояния пряко заплашващи здравето и живота на пациентите и налагащи спешна медицинска помощ.

Разделянето на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК в рамките на утвърдения здравноосигурителен модел, цели да прецизира здравните дейности, закупувани от НЗОК в зависимост от социал-

*„Основна цел на финансирането на здравеопазването е ефикасно и равнопоставено събиране на достатъчно и устойчиви приходи, за да се предостави на лицата основен пакет жизненоважни услуги, който подобрява здравните резултати и осигурява финансова защита и потребителска отзивчивост.“*

P. Gottret and G. Schieber,  
Health Financing Revisited,  
Световна банка, 2006

ната значимост на заболяванията и оптимално необходимото време за тяхното лечение.

Дейностите по превенцията, диагностиката и лечение на заболяванията, включени в основния пакет, следва да бъдат последователно разширявани и лимитирането да бъде сведено до минимум. Ползването на основния пакет трябва да бъде съобразено с индивидуалните потребности на здравноосигурените лица и да включва всички дейности за гарантиране на своевременна и качествена превенция, ранна диагностика и лечение на заболяванията.

За здравните дейности, включени в допълнителния пакет, заплащан от НЗОК, е необходимо да се въведат ефективни механизми за организиране и управление на планов прием. Чрез тях ще се гарантира медицинската допустимост на планираното време за изчакване и избор на лечебно заведение чрез предоставяне на информация за свободния капацитет на всички доставчици на съответните здравни услуги. На здравноосигурените лица трябва да бъде осигурена възможност и право на избор да ползват здравни услуги извън регламентирания ред чрез договор за медицинска застраховка.

Спешният пакет, обхващащ определен обем здравни дейности при състояния, изискващи спешна медицинска помощ, трябва да продължи да се покрива от държавния бюджет. Чрез държавното финансиране ще се гарантира на всеки гражданин, без значение какъв е осигурителния му статус, своевременен и равнопоставен достъп до здравни услуги при състояния, които застрашават неговия живот и здраве.

Необходимо е да бъде изграден механизъм за периодична оценка и актуализиране на съдържанието на пакетите здравни услуги. Ключовите решения, свързани с определянето на приоритетни здравни услуги, следва да отразяват динамичния характер на здравните процеси и на развитието на медицинските дейности. В тази връзка е необходимо да се усъвършенства информационната система, за да се улесни процесът на задаване на приоритетите, особено във връзка с аспектите на оценката на здравните резултати от осъществените медицински дейности.

В допълнение към основния акцент върху медицинската ефикасност, следва да се увеличи капацитетът за провеждане на икономически оценки и оценяване на финансовите последици от въвеждането и управлението на пакетите. В процеса трябва да бъдат ангажирани заинтересовани лица и представители на различни сфери, за да се гарантира, че дейностите и пол-

- ✓ Частните разходи за здраве са се увеличили от 26 % през 1995 г. до 48,6 % през 2012 г.
- ✓ За периода 2000-2014г. разходите на домакинствата и на лицата за здравеопазване са се увеличили над 4 пъти.
- ✓ Почти 20 % от домакинствата в България са изразходвали 10 % или повече от общите си разходи за здравеопазване през 2013 г.
- ✓ През 2013 г. 13,1 % от домакинствата са имали разходи на равнището на официалния праг на бедност. Когато плащанията за медицински грижи се извадят от разходите, засегнатите се увеличават до 17,3 %. Т.е. 4,2 % от домакинствата, които преди това не са падали под прага на бедността, падат под този праг заради разходи за здравеопазване.

зите са медицински надеждни, финансово изпълними и приемливи от етична гледна точка.

Съществен елемент на политиката за повишаване на ефективността на здравните разходи е прегрупирането на ресурсите по видове медицинска помощ – първична, специализирана извънболнична, болнична и спешна помощ.

Необходимо е пренасочване на финансовите ресурси на НЗОК от болничната към извънболничната медицинска помощ, с акцент върху финансирането на дейности в първичната помощ. Средствата за първична медицинска помощ следва да достигнат до 12% от разходите на НЗОК за медицинска помощ.

Пакетът здравни дейности, осъществявани в болничната помощ, трябва да бъде периодично актуализиран с цел извеждане на дейности, които не налагат болничен престой и могат да бъдат осъществявани в амбулаторни условия. Необходимо е усъвършенстване на класификацията на болничните дейности и обвързване на финансирането със сложността и резултатите от болничното лечение.

Пакетът здравни дейности, осъществяван в първичната извънболнична помощ, следва да бъде разширен и финансово обезпечен при усъвършенствани механизми на регулация, които отчитат индивидуализираните потребности на обслужваните лица и не недопускат ограничаване на медицински обосновани диагностични и лечебни дейности.

Финансирането на дейностите в специализираната извънболнична помощ трябва да се насочи към високоспециализирани консултации и дейности, голяма част от които сега се осъществяват в болничната медицинска помощ. Това предполага създаване и развиване на модели на финансиране на амбулаторните болнични случаи, с цел ефективно използване на капацитета на високотехнологичните болнични структури, без това да води до излишни хоспитализации и разходи за болнична помощ.

Прегрупирането на финансовите ресурси по отношение на различните видове пакети и видове медицинска помощ следва да е синхронизирано с необходимото прегрупиране на разходите по направленията промоция, профилактика, скрининг, диагностика, лечение и рехабилитация.

Финансовата ефективност на системата е пряко свързана с пренасочване на ресурсите към дейностите по промоция на здравословен начин на живот, активна профилактика и скрининг и ранна диагностика на социално значими заболявания.

Съгласно експертните оценки:

- ✓ Процентите хоспитализация в България са с близо 40% по-високи в сравнение с други по-нови държави-членки на ЕС;
- ✓ Извънболничните контакти са сравнително ниски – 5,5 посещения на година на 1 лице при 7,3 в ЕС;
- ✓ Профилактичната дейност не е развита;
- ✓ 20% от извършваните в болниците процедури биха могли да се изпълняват амбулаторно;
- ✓ 10% от болничния прием вероятно биха могли да бъдат избегнати чрез по-подходяща първична помощ.

*„Реални ползи за здравето могат да бъдат постигнати на достъпна цена, като се инвестира в промоция на здравето и профилактика на заболяванията.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Осигуряването на финансова ефективност и стабилност на здравната система не може да бъде постигнато без мерки за подобро събиране на средства за здравеопазване и разширяване на вложения ресурс – по-голямо участие на държавния бюджет; използване на местни данъци и такси за общинско здравеопазване, както и споделяне на разходите (такси за услуга), допълнително заплащане при отказ от профилактика и и др.

Необходими са мерки, гарантиращи устойчивостта на здравноосигурителните плащания и ефективна социална защита за всички категории, които не са в състояние да плащат за жизнено важни услуги със собствени средства. Тези мерки следва да бъдат временно подпомагащи общите мерки за борба със социалното изключване, в т.ч. подобряването на пригодността за заетост чрез подходящо образование, подобряване на покритието и адекватността на мрежите за социална защита и мерки на пазара на труда.

Следва да се развият ефективни механизми за стимулиране на участието в здравноосигурителната система на всички български граждани, които имат задължението да се осигуряват сами. Важен елемент на мерките е и борбата със „сенчестата икономика”, която неотдавна беше оценена на повече от 1/3 от БВП, като приблизително 16,5 % от всички работещи са в неформалния сектор.

Едновременно с това трябва да бъдат създадени адекватни условия за развитие на доброволното здравно осигуряване чрез медицински застраховки, които да позволят на гражданите достъп до желани здравни услуги в страната и чужбина извън създадените механизми за финансиране с публични средства.

Прегрупирането на финансовите ресурси на база резултати и качество на медицинската помощ е друг основен елемент на политиката за повишаване на ефективността на системата и има ограничаващо действие спрямо безконтролното увеличение на разходите за здравни дейности, при които липсва съответен положителен здравен резултат.

Необходимо е въвеждане и непрекъснато усъвършенстване на механизми на заплащане на медицинските дейности на базата на обективни критерии за качество и резултат по отношение на здравното състояние на пациентите. Това налага и усъвършенстване на правилата за клиничното поведение на медицинските специалисти чрез системата от медицински стандарти, диагностично-терапевтични алгоритми и правила за добра практика.

*„Сегашните методи за финансиране на системата на здравеопазването поставят все повече хора в риск от бедност. България е доста далеч от изпълнение на критерия на СЗО за адекватна финансова защита, който определя таван от 15–20% на личните разходи като дял от общите разходи за здравеопазване. Финансовата защита, предоставяна от системата на здравеопазването, е подкопана: около 7–12% от българите, са здравно неосигурени. Огромното мнозинство от тях са уязвими, неработещи хора с нисък социално-икономически статус.“*

Анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България  
Доклад на Световна банка  
2015 г.

Прегрупирането на финансовите ресурси на база на определени приоритети и цели следва да се съпровожда с ефективни механизми за планиране и контрол на разходите, като се има предвид прилагането на подходи като: въвеждане на разходни тавани на общите разходи за здравни услуги, заплащани с публични средства; регулиране на използването на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии, контрол на медицинската дейност и др.

Последователното използване на тези подходи през следващите години несъмнено ще доведе до по-ефективно управление на разходите за здравеопазване.

Особено внимание следва да се отдели на планирането на финансовите ресурси за заплащане на здравни дейности с доказана здравна и икономическа ефективност.

Нарастващото ниво на разходите вследствие въвеждането на нови технологии и лекарствени продукти, както и въпросите за тяхната безопасност и обществено въздействие, определя необходимостта от внимателна оценка преди да се допусне заплащането с публични средства.

Въвеждането на регулация и изисквания за заплащане само на технологии и лекарствени продукти, които имат доказан клиничен ефект и безопасност следва да бъде осигурено със изграждане на капацитет за оценка на здравните технологии в контекста на ефикасността и качеството на здравните услуги.

Необходимите мерки и насоки за развитие са в посока на изграждане на информационна система за събиране на достоверна здравна статистика по заболявания; развитие на административен капацитет за осъществяване на оценка на здравните технологии и регламентиране участието на всички заинтересовани страни в процеса на извършване на оценка на здравните технологии с цел постигане на прозрачност, безпристрастност и систематичност.

Въвеждане на оценка на здравните технологии в системата на здравеопазването цели не само да подпомогне постигането на целите за намаляване на разходите, но и да ускори достъпът на пациенти до иновативни методи за диагностика и лечение и да гарантира тяхната ефективност и безопасност.

*Здравната технология е приложението на научно-познание в здравните грижи и профилактиката на болестите. Тя включва методите за диагностициране и лечение, медицинското оборудване, лекарствените средства, методите за рехабилитация и профилактика, организационните и помощните системи, в рамките на които се предоставят здравни услуги.*

*Оценката на здравни технологии (НТА) е мултидисциплинарен процес, обобщаващ систематично, прозрачно, безпристрастно и ясно информация по медицински, социални, икономически и етични въпроси, свързани с използването на здравни технологии. Нейната цел е да предоставя информация за формулирането на безопасни и ефективни здравни политики, съсредоточени върху пациентите и търсеци постигане на максимален резултат.*

**МЕРКИ:**

- 2.1.1. Устойчиво повишаване на средствата за здравеопазване като % от БВП
- 2.1.2. Приемане на стандарти за финансиране на здравните дейности, които са ангажимент на държавата, гарантиращи ефективно и ориентирано към резултати разходване на средствата от държавния бюджет;
- 2.1.3. Подобряване на приходната част на здравното осигуряване чрез увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски и поетапно увеличаване на заплащането на размера на здравноосигурителните вноски за лицата, осигурявани от държавата;
- 2.1.4. Създаване на стимули за развитие на доброволното здравно осигуряване;
- 2.1.5. Използване на средствата от европейските фондове и други международни фондове за финансиране на дейности, свързани с развитието на здравната система;
- 2.1.6. Използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на проекти, при които водещ критерий е общественият интерес.
- 2.1.7. Преструктуриране на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК и регламентиране на основен и допълнителен пакет здравни услуги, позволяващи планиране на ресурсите, гарантирани от системата на здравното осигуряване или други източници;
- 2.1.8. Регламентиране на спешен пакет дейности, заплащани от държавния бюджет;
- 2.1.9. Подобряване на механизмите за остойностяване и финансиране на медицинските дейности, в т.ч. регламентиране на „цена на труда“ на медицинските специалисти, която да бъде включена като елемент на цената на дейностите;
- 2.1.10. Подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси и въвеждане на методите за оценка на здравните технологии;
- 2.1.11. Въвеждане на механизъм и критерии за подбор на изпълнители на медицински услуги, на които се заплаща с публичен ресурс с цел гарантиране на потребностите на населението от качествена медицинска помощ;
- 2.1.12. Обвързване на финансирането с оценка на качеството на медицинските дейности и удовлетвореността на пациентите.
- 2.1.13. Подобряване на структурата на разходите по видове медицинска помощ с постепенно балансирано увеличение на средствата и относителния дял на разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и намаление на относителния дял на разходите за болнична помощ и лекарствени продукти;
- 2.1.14. Създаване на финансови модели и механизми за пренасочване на средства към нови форми на обслужване на пациентите – амбулаторна диагностика и лечение, дългосрочни грижи, продължително лечение и палиативни грижи;
- 2.1.15. Провеждане на информационни кампании за повишаване на доброволното изпълнение на задължения за здравноосигурителни вноски на самоосигуряващи се лица;
- 2.1.16. Подкрепа за политиката на НАП за увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски.

## ПОЛИТИКА 2.2. ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ, ЕФЕКТИВНИ И ДОСТЪПНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ

### Ключови предизвикателства:

- Липса на механизми, стимулиращи рационална лекарствена употреба и генерична лекарствена политика;
- Липса на въведени в практиката фармако-терапевтични ръководства;
- Липса на ефективни механизми за договаряне на отстъпки на лекарствени продукти.

Лекарствата са основна потребност за поддържане на живота, удължаване на неговата продължителност, облекчаване на страданията и повишаване на неговото качество. Това определя лекарствената политика като една от политиките, които имат стратегическо влияние върху общественото здраве.

Провеждането на адекватна лекарствена политика, насочена към осигуряване на: качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти; адекватна наличност и достъпност (във физически и финансов аспект) на основни лекарствени продукти; рационално предписване и използване на доказани в терапевтичната практика и стойностно-ефективни лекарствени продукти, е основен елемент от цялостната политика за подобряване на ефективността на здравната система.

Според доклад на Световна банка<sup>11</sup> с препоръки за реформиране на сектора на лекарствените продукти в България, разходите за лекарствени продукти представляват непропорционален дял от разходите за здравеопазване (37% от разходите за здравеопазване при средни стойности в ЕС от 25%). Разходите със собствени средства за лекарства са близо 3/4 от всички частни разходи. Според Световна банка най-тревожно е, че бързото нарастване на разходите се случва без видими подобрения в резултатите в здравеопазването и за сметка на равнопоставеността на населението.

В доклада се посочва, че на фона на структурната неефикасност на здравната система и демографските, епидемиологични и икономически тенденции, липсата на адекватна лекарствена политика и нарастващите разходи за лекарствени продукти се явяват сериозно предизвикателство за финансовата устойчивост на системата.

*„Лекарствата са от съществено значение за предотвратяване и лечение на заболяванията, а лошокачествените лекарства представляват опасност за общественото здраве. Лекарствата също са отговорни за значителна част от разходите за здравни грижи: от 10-20% в страните от ЕС до 40% в страните в източната част на Европейския регион. В няколко страни, в източната част на Региона гарантирането на редовен достъп до качествени, безопасни и достъпни лекарства все още е предизвикателство, защото бюджетите са недостатъчни, системите за доставка са слаби, доставки често са нерегуламентирани и директните плащания са високи. Финансирането и регулирането на доставката на лекарства оказват силно влияние върху здравните резултати и финансовата защита на отделните хора.“*

„Здраве 2020“, СЗО



*„България все още няма интегрирана национална лекарствена политика и фармацевтичният сектор се характеризира с различни силно прескриптивни, а понякога може би и непоследователни лостове в политиката. Макар нормативната уредба да е до голяма степен хармонизирана със съществуващите стандарти в ЕС, действащите механизми за вписване, ценообразуване и субсидиране на лекарства, не осигуряват адекватно съотношение качество-цена за НЗОК и допринасят за неефективността в сектора на здравеопазването.“*

Окончателен доклад с препоръки за реформиране на сектора на лекарствените продукти в България, Световна банка, 2015



Лекарствената регулация в България е формирана от продължителното и многопосочно действие на различни фактори, свързани както с националната специфика, така и с процесите и регулацията, протичаща в рамките на ЕС. Националното законодателство в областта на лекарствените продукти съответства на правото на Европейския съюз, като са въведени всички изисквания на законодателство, които са в сила за държавите-членки, в т.ч. свързани с ценообразуването и реимбурсирането на лекарствените продукти. Създадените регулаторни механизми обаче не успяват да овладеят нарастването на публичните и частни разходи за лекарствени продукти.

Според доклада на Световна банка, използваните методи за ценообразуване на лекарствата и избор на лекарствени продукти, които да бъдат заплащани с публични средства, не осигурява достатъчна гаранция за постигане на оптимално съотношение „цена-качество“. Основният ценообразуващ механизъм за нови лекарства, отпускани по лекарско предписание е международно (външно) референтно ценообразуване на база на официални цени на производител в определени държави-членки на ЕС, възприети като референтни цени. В доклада се посочва, че този механизъм не е достатъчно ефективен, тъй като не е в състояние да отчита т.нар. поверителни намаления и договорени отстъпки на база на оценката на разумната икономическа целесъобразност в референтните държави-членки на ЕС, както и различията по отношение на тази целесъобразност в зависимост от платежоспособността на съответната държава. Ценообразуването на генерични лекарствени продукти, както и такива, отпускани без рецепта също не включва ефективни механизми за регулиране на цените на лекарствените продукти. Освен това се посочва, че настоящите процеси за включване на лекарства в Позитивния лекарствен списък на България не са базирани на задълбочена оценка на ефективност на разходите и на експлицитни връзки между условията за включване и одобрените насоки за лечение.

Включването на лекарствените продукти в списъка се осъществява чрез оценка на клинични и икономически данни, но тежестта, която се дава на икономическите съображения, както и наличния експертен капацитет в сферата на фармако-икономическата оценка не са достатъчни, за да се гарантира, че одобрени за включване лекарствени продукти непременно показват ефективност на разходите.

*„В идеалния случай основна цел на всяка реформа би трябвало да бъде да се подобри общото покритие на жизнено важни отпускани по рецепта лекарства и да се намалят разходите със собствени средства за пациентите, като се отчетат съществуващото и развиващото се бреме на заболяването при определяне на приоритетите при разходите.*

*Ако България също можеше да насърчава по-голяма конкуренция на пазара на незащитени с патент лекарства, това, заедно с мерки за решаване на проблемите с търсенето и насърчаване на рационално предписване и използване на генерици, би могло да подобри значимо ефективността на сегашните фармацевтични разходи.*

Окончателен доклад с препоръки за реформиране на сектора на лекарствени продукти в България, Световна банка, 2015

В резултат на прилаганите референтни механизми много цени и на патентни, и на генерични продукти, са неблагоприятни в сравнение с държави с много по-висока платежоспособност, което води до много по-ниска икономическа целесъобразност на разходите за лекарства.

Съществено значение за нарастването на разходите без отчетено подобряване на здравето състояние на населението има и липсата на въведени правила за рационална лекарствена употреба, основани на доказателства, които да са основа за обучение на специалистите, за предписването, доставката, реимбурсирането и анализа на употребата. На фона на липсваща активна публична политика за промотиране и увеличаване на информираността на медицинските специалисти и пациентите относно същността и ползите от рационална употреба на лекарствата, информационните подходи, които фармацевтичната промишленост прилага спрямо лекарите, назначаващи терапии, насърчават предписването на все по-нови и по-скъпи продукти и това е очевидно в моделите на разходите.

Нарастването на разходите се подпомага и от отсъствието на задължително предписване по международни непатентни наименования и възможност за генерично заместване на предписаните лекарствени продукти от фармацевти. Липсата на прогенерична политика е съчетана с разпространено недоверие в качеството и безопасността на генериците. Това, както и редица други регулации, свързани с търговията на дребно в аптеките, допълнително ограничават конкуренцията и допринасят за високите нива на плащанията със собствени средства. Доколкото е налице конкуренция, тя най-често се проявява с отстъпки вътре във веригата на предлагането, като спестяванията са в полза на аптеките, а не на платеща.

В резултат на това са създадени условия да се предписват и отпускат лекарствени продукти на много по-високи цени от съществуващата алтернатива, респ. нарастват както публичните, така и собствените разходи на пациентите.

На фона на това увеличаване на разходите на пациентите липсват ефективни механизми, които да защитават определени лица от уязвими групи (възрастни хора, хора с увреждания и др.), които не са в състояние да покрият тези разходи със собствени средства, респективно да получат достъп до лечение.

Нарастването на лекарствените разходи, в т.ч. собствените разходи на пациентите, при задълбочаване на негативните тенденции в общественото здраве, обуславят необходимостта от прилагане на комплексна национална лекарствена политика, с ясни цели и приоритети, насочени към равнопоставеност, индивидуална и колективна финансова достъпност и финансова защита, техническа и разпределителна ефикасност, и дългосрочна устойчивост.

Основните компонентни на лекарствената политика следва да обхващат: осигуряването на достъпност на лекарствата; формулирането на принципите за доставка на основни лекарствени продукти; осигуряването на финансирането на фармакотерапията; организацията на системата за доставка на лекарствени продукти до населението; разработване и внедряване на законодателство, насочено към осигуряване разпространението само на качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти; регулация на медицинските научни изследвания с лекарства и клиничните изпитвания; осигуряването на адекватни човешки ресурси, необходими за постигането на целите на лекарствената политика, както и създаването на индикатори за проследяване на ефективността на лекарствената политика по отношение на постигането на целите. Всички заинтересовани лица следва да участват в нейното разработване и прилагане чрез консултативен процес и да се ангажират с нейната подкрепа.

Лекарствената политика трябва да създаде баланс между необходимостта от реимбурсиране на иновативни лекарствени продукти и нуждите на пациентите, съобразявайки се с анализа на съществуващите терапевтични алтернативи и с ограничените финансови ресурси. Иновациите в областта на фармакотерапията са необходими и за вземането на адекватни решения, които имат отражение върху всички заинтересовани страни, като следва да се прилагат нови методи за генериране на доказателства, оценка на полза-риск и регулаторен диалог за стойностно-ефективна лекарствена употреба.

Процедурните и управленските механизми на системата за ценообразуване и реимбурсиране трябва да гарантират, че добавянето на нови лекарства в Позитивния лекарствен списък се основава на оценка на ефективността на разходите, въздействието върху бюджета и конкретно разглеждане на необходимите условия за икономически целесъобразно предписване.

*„За да се подобри достъпът до животоспасяващи лекарства, трябва да се обмисли изчерпателен набор от политически инструменти. Областите, които трябва да бъдат обхванати включват разумен подбор и употреба на лекарства, опростени системи за доставка; финансиране, ценообразуване и възстановяване на разходите; както и ограничаване на разходите и патентните въпроси.“*

„Здраве 2020“, СЗО

*„Важно предизвикателство за всички страни е управляваното въвеждане на нови и скъпи здравни технологии, като например фармакотерапия, устройства и процедури. Този процес често не е базиран на доказателства за ефикасността и безопасността на лекарствени продукти и технологии и споразумения за споделяне на риска между регулаторните органи и фармацевтични компании. Въвеждането и прилагането на политики за генерична замяна е една от най-ефективните мерки за намаляване на разходите в страни с нисък, среден и висок доход.“*

„Здраве 2020“, СЗО



От критично важно значение е въвеждането на добре функциониращи, основаващи се на доказателства процеси за оценка на здравните технологии, тъй като изграждането на капацитет, в т.ч. осигуряване на необходимия експертен потенциал за пълна оценка на здравните технологии, е процес, който изисква значително време и ресурси. До изграждането на такъв капацитет, България следва да се възползва от опита на други държави-членки на ЕС и потенциалните възможности за синергия, сътрудничество и адекватно адаптиране на изготвени от други държави оценки, което би подпомогнало процесите на вземане на решение и преговорите с фармацевтичната индустрия относно възможностите за увеличаване на достъпността на лекарствени продукти.

Първоначално е удачно да се въведе съкратена оценка на здравните технологии с помощта на механизъм за отчитане на степента, до която дадено лекарство е било подложено на оценка на здравните технологии и условията, при които се реимбурсира в другите държави членки на ЕС. Едновременно с това следва да се търсят иновативни методи в областта на събирането на данни за сравнение и оценка на резултатите от лечението с нови лекарствени продукти, използвайки електронни здравни досиета.

В процеса на ценообразуване трябва да се въведат механизми за договаряне на цени с фармацевтични производители и механизми за поделяне на риска, обединяване на споразуменията и други подходи към ценообразуване извън досегашното пасивното приемане на цени, съобщавани в други страни. Сключването на договори и схеми за споделяне на риска с цел контролиране на бюджетното въздействие при приемливи условия следва да са предпоставка за включване на лекарствените продукти в реимбурсната система. Това ще подобри точността на вероятното въздействие върху бюджета, ще създаде благоприятна среда за управление на разходите за лекарствена терапия и ще ограничи някои вредни практики по посока на предписващите лекарствени продукти, както и към веригата на разпространение на лекарства.

Необходимо е създаване на ефективни механизми за разширяване на пазара на генерични и биоподобни лекарствени продукти като средство за осигуряване на терапия на достъпни цени и възможност за спестяване на публични средства, които да бъдат насочени към осигуряване на достъп на българските граждани до иновативни терапии, които са без алтернатива.



*„Подходящото използване на лекарства ще повиши качеството на медицинските грижи и ще използва по-ефективно оскъдните ресурси в здравеопазването. СЗО преценява, че повече от половината от всички лекарства по света се предписват, отпускат или продават неподходящо, и че половината от хората, на които са предписани лекарства не ги вземат правилно. Прекалената употреба, недостатъчна употреба и неправилната употреба водят до загуба на оскъдните ресурси, като продължават здравословните проблеми или неблагоприятните реакции към лекарства.*

„Здраве 2020“, СЗО

Целите на лекарствената политика могат да бъдат постигнати само ако лекарствените продукти се употребяват рационално. Рационалната лекарствена употреба означава, че пациентите приемат подходящи за техните клинични нужди лекарства, в дози съобразени с техните индивидуални особености, за необходимия период от време и с най-ниска цена за тях и обществото.

Основен елемент от рационалната употреба на лекарствата е генеричната лекарствена политика, в резултат на която населението получава достъп до качествени, ефикасни и безопасни лекарства при пониски разходи за лечение. Предпоставки за работване на генерична лекарствена политика са разработването на подпомагащо лекарствено законодателство, в т.ч. преписване на лекарства под генерично наименование и генерична субституция в аптеките и промоция на концепцията за генерична политика сред медицинските специалисти и обществото. Създаването на ефективни механизми за използване на генерични и биоподобни лекарствени продукти като средство за осигуряване на терапия на достъпни цени ще даде възможност за спестяване на публични средства, които да бъдат насочени към осигуряване на достъп на българските граждани до иновативни терапии, които са без алтернатива.

Успешното прилагане и развитие на лекарствената политика изисква осигуряването на високо квалифицирани специалисти със съответни знания, умения и опит. Мотивацията и знанията на медицинските специалисти са ключов момент в постигането на целите на лекарствената политика.

За осигуряване на рационална лекарствена употреба и финансова достъпност на лекарствата е необходимо да се предприемат мерки за обучение на лекарите за икономически ефективно предписване и повишаване информираността сред потребителите относно безопасността, качеството и наличността на генерични лекарства и относно допълнителните разходи, които може да бъдат избегнати, като се избере продукт на референтната цена.

Обучението на лекарите на принципите на рационално предписване следва да се предложи както на студентите по медицина, така и на работещите лекари като част от продължаващото следдипломно обучение.

Във връзка с това е важно да бъде развиван експертният капацитет от академични и здравни професионалисти, който да е източник на независима лекарствена информация и да осигурява подкрепа на обучението по рационално предписване и оценка на здравните технологии. Подборът на лекарства трябва да бъде свързан с фармакотерапевтични ръководства, разработени от съответните научни дружества при спазване на световните постижения на медицината в съответните области и при отчитане на стойностната ефективност на лекарствата и мястото им в лечението на конкретните заболявания.

Следва да се прецизира въвеждането на индикативни бюджети за предписване на лекарства в извънболничната помощ със съпътстващ механизъм за мониторинг на предписването и с предоставяне на конструктивна обратна връзка към предписващите.

В болничната помощ е важно развитието на капацитета на специалистите и структурите по клинична фармакология и управлението на болнични лекарствени политики. Болничните лекарствени политики следва да се насочат към ефективни стратегии за подобряване на рационалното използване на лекарства чрез използването на терапевтични комисии, електронни рецептурници и клинични насоки, обратна връзка с данни за употребата на лекарствата, приемане на лекарствени информационни политики, въвеждане на финансови стимули и оценка на здравните резултати. От особено значение е прилагането на мерки за ограничаване на антибиотичната резистентност.

Важен елемент от лекарствената политика е осигуряването на условия за засилване на ролята на фармацевтите като ключови професионалисти, които имат пряк достъп до пациентите, могат да наблюдават развитието на тяхното лечение и допринасят за безопасното и правилно използване на лекарствата.

Отговорностите на фармацевтите в аптечната мрежа следва да се насочат към:

- осигуряване на равномерно снабдяване с лекарствени продукти във всички населени места, съобразно конкретните нужди на населението;
- ефективна промоция на рационалната лекарствена употреба и намаляването на свръхконсумацията на лекарства и полипрагмазията;
- ефективно въвеждане на концепциите за предоставяне на фармацевтични грижи, лекарствено консултиране и промотиране на здравословен и безопасен начин на живот.

*„Фармацевтичните компании продават много продукти и влияят не само върху практиките за предписване на лекарствата, но и на търсенето на лекарства и съгласието на потребителите на лекарствата. Това може да доведе до нерационално използване на лекарствата. Насърчаването на лекарствената употреба също може да повлияе косвено на медицинските насоки. Регулиране на насърчаването на лекарствената употреба е огромно предизвикателство за Европейския регион и засега няма задоволително решение в много страни. Това е голям приоритет и трябва да се мисли за нарастващото напрежение между търсенето на здравни услуги и наличните ограничени ресурси“.*

„Здраве 2020“, СЗО

*„Рационално използване на лекарства изисква ангажираността и компетентността не само на лекари, медицински сестри, фармацевти и потребители на лекарства, но също така и на политици, създатели на политики, потребителски групи и професионални асоциации.“*

„Здраве 2020“, СЗО

*„Правата на интелектуална собственост, предоставени за насърчаване на научните иновации, са една от причините за високите цени на лекарствата.*

*Държавите трябва да насърчават научните изследвания и развитието им при тези заболявания, за които в момента няма добро лечение. Въпреки че дискусиите по тази тема продължават от години, необходима е по-нататъшна подкрепа за иновации срещу болестите, които непропорционално засягат хората с ниски доходи.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Научните изследвания са съществена част от осъществяването на лекарствената политика във връзка със създаването и изпитването на нови лекарствени продукти и събирането на данни за лекарствената употреба. Научните изследвания могат да се организират и провеждат от различни заинтересовани страни – напр. университети, пациентски и други организации, фармацевтична индустрия и др. Необходимо е осигуряване и поддържане на благоприятна среда за развитие на инвестициите в областта на научните изследвания за целите на лекарствената политика при съблюдаване на европейските и световни стандарти за добри практики.

През последните десетилетия основният инструмент за развитие на клиничната медицина и фармакотерапията са клиничните изпитвания. Благодарение на това нарасна броят на употребяваните лекарствени продукти, продължителността на живота и успешното лечение на тежки и широко разпространени заболявания. В областта на клиничните проучвания е необходимо активно участие на страната в хармонизиране на процесите на оценка и контрол на клиничните изпитвания, усъвършенстване и рационализиране на правилата за провеждане на клинични изпитвания в рамките на ЕС, осигуряване на високо равнище на закрила на участниците в изпитванията и гарантиране на качество и надеждност на получените данни.

Въпросите, свързани с лекарствената безопасност и съобщаването на нежеланите събития при употребата на лекарства са водеща задача за регулаторните институции и фармацевтичните компании. Въведената регулаторна рамка в областта на лекарствената безопасност изисква активни мерки за подобряване на прозрачността и увеличаване на кадровия капацитет в областта на проследяване на лекарствената безопасност чрез създаване на т. нар. лекарствени портали от различни институции и организации.

Необходимо е стимулиране на активността на медицинските специалисти при съобщаването на нежелани лекарствени реакции чрез провеждане на последователни политики в процеса на обучение по време на медицинската практика.

**МЕРКИ:**

2.2.1. Въвеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени заболявания, лекарствени продукти за домашно лечение, както и за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща в изпълнение на национални програми със средства от бюджета на МЗ, с цел ефективно разходване на средствата;

2.2.2. Създаване на механизъм за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък;

2.2.3. Разработване и внедряване на фармакотерапевтични ръководства, които са основа за обучението на специалистите, за предписването, доставката и реимбурсирането на лекарствени продукти;

2.2.4. Методологична подкрепа на лекарствени терапевтични комисии;

2.2.5. Популяризиране на концепциите за основни лекарства, рационална употреба и генерична лекарствена политика;

2.2.6. Продължаващо следдипломно обучение на медицинските специалисти, ориентирано към рационална и безопасна употреба на лекарствени продукти;

2.2.7. Осигуряването на обективна лекарствена информация;

2.2.8. Прилагане на финансови, законодателни и управленчески стимули за подпомагане на рационалната лекарствена употреба;

2.2.9. Популяризиране на ползите от съобщаването на нежелани лекарствени реакции и активно включване на медицинските специалисти в процеса;

2.2.10. Изработване и приемане на програми, насочени към насърчаване на рационална лекарствена употреба и фармацевтични грижи в аптеките;

2.2.11. Въвеждане на индикатори за проследяване на рационалността на лекарствената употреба;

2.2.12. Провеждане на прозрачна ценова политика;

2.2.13. Публичност при отчетността и контрола на разходите за лекарствени продукти с публични средства;

2.2.14. Поетапно въвеждане на оценка на здравни резултати при решение за заплащане на лекарствени терапии и други здравни технологии с публични средства (НТА).



### ПОЛИТИКА 2.3. РАЗВИТИЕ НА ИНТЕГРИРАН МОДЕЛ НА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

#### *Ключови предизвикателства:*

- *Неравнопоставеност по отношение на достъпа до своевременна и качествена спешна помощ;*
- *Недостатъчна кадрова, технологична и финансова обезпеченост на дейностите;*
- *Липса на интеграция на различните структури в извънболничната и болнична помощ.*

Системата за спешна медицинска помощ в България е наразделна част от общата здравна система и следва да се разглежда като функционално обединение на дейности и структури във връзка с диагностиката и лечението на лица със спешни състояния, осъществявани в извънболнични и болнични условия.

Извършените през последните 25 години реформи в извънболничната и болнична помощ изцяло промениха структурата, организацията, управлението и начина на финансиране на здравната система. В резултат на това възникнаха редица проблеми и се нарушиха взаимовръзките между съществуващата система за спешна медицинска помощ, финансирана и организирана от държавата и останалите структури на здравната система, явяващи се самостоятелни субекти с пазарна ориентация, в т.ч. частни, финансирани основно чрез системата на задължителното здравно осигуряване.

Извънболничната помощ не развива своя капацитет за осигуряване на непрекъснат достъп на пациентите до първична и специализирана помощ, особено в труднодостъпните и отдалечени места. Без достъп до системата за извънболнична и болнична помощ останаха голям брой неосигурени български граждани. За тях, както и за много други български граждани, системата за спешна помощ се оказва единствена възможност за своевременен достъп не само до спешна, но и до базова медицинска помощ.

Голяма част от лечебните заведения за болнична помощ не разполагат със структури за прием на спешни пациенти, както и капацитет за тяхното обслужване – малки общински и частни болници, специализирани лечебни заведения.

България има дългогодишни традиции в организацията на медицинската помощ при спешни състояния, като до 1995 г. тази дейност се осъществява от структури към болничните заведения за „бърза и неотложна медицинска помощ”, към които функционира един от първите в Европа национален номер за спешни повиквания – тел. 150.

Системата за спешна медицинска помощ в България функционира в настоящия си вид от 1996 г., когато са създадени 28 самостоятелни Центъра за спешна медицинска помощ и е въведен принципът за разделение на спешната медицинска помощ от т.н. „неотложна” медицинска помощ.

През 2007 г. изградените 28 спешни отделения към ЦСМП преминават към болниците.

Съществуващите спешни отделения не са добре обезпечени кадрово, технологично и финансово. Наблюдават се негативни тенденции на подбор на хоспитализираните болни и липса на мотивация за прием на тежки случаи, които разходват значителни средства. Липсата на функционални връзки между отделните лечебни заведения и на адекватна нормативна уредба затруднява пътя на спешния пациент на съответните нива на обслужване и нарушава непрекъснатостта на медицинската помощ.

Неустойчивата държавна политика в системата за спешна помощ доведе до сериозен кадрови дефицит, влошаване на качеството на осъществяваната дейност и нарастващо обществено недоволство.

Направеният анализ<sup>10</sup> на системата за спешна медицинска помощ показва големи дисбаланси в осигуреността и използваемостта както на извънболнично, така и на болнично ниво. Налице са значими различия в използването на екипите, наличните финансови ресурси и общите равнища на производителността. Макар че някои от причините за различията са обективно обусловени, тяхното равнище и мащабът им не предполага оптимално използване на ресурсите.

За удовлетворяване на обществените очаквания и опазване на здравето на българските граждани следва да бъде осигурен равнопоставен достъп до спешна медицинска помощ, съответстваща на най-добрите европейски практики и изисквания за своєвременност, непрекъснатост, достатъчност, качество и безопасност.

За реализацията на тази цел следва да се въведе интегриран модел за обслужване на спешни пациенти в равнопоставени структури за извънболнична и болнична помощ чрез укрепване на сега съществуващите центрове за спешна медицинска помощ и чрез функционално обособяване на специализирани спешни структури към определени болници, гарантиращи непрекъснатост и високо качество на спешната медицинска помощ.

Изграждането на модела за интегрирана система за спешна медицинска помощ следва да се реализира в съответствие с Визията в приетата Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ<sup>12</sup> „до 2020 г. България да е държава с развита модерна спешна медицинска помощ, съпоставима с европейските модели и съобразена с националните особености, която има своя значителен принос за повишаване на качеството на човешкия капитал и постигане на европейските цели за интелигентен, устойчив, приобщаващ и териториално балансиран икономически растеж.”

#### **ПРИОРИТЕТИ**

##### **за развитие на системата за спешна медицинска помощ**

1. Подобряване на структурата и материално-техническа обезпеченост на елементите на интегрираната система за спешна медицинска помощ.
2. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ.
3. Осигуряване на ефективна организация, координация и управление на интегрираната система за спешна медицинска помощ.
4. Гарантиране на финансовата устойчивост на интегрираната система за спешна медицинска помощ.
5. Осигуряване на готовност на интегрираната система за спешна медицинска помощ за реакция при бедствия и развитие на европейската координация и трансгранично сътрудничество.
6. Осигуряване на прозрачност и обществен консенсус, участие на гражданите и медицинските специалисти в процеса на развитие на системата за спешна медицинска помощ.”

Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ  
2014- 2020,  
МЗ

Основна отправна точка за преодоляването на съществуващите дисбаланси в осигуреността на населението и интегрирането на отделните функционални елементи на системата е въвеждането и прилагането на механизмите на Националната здравна карта за планиране на териториалното разпределение на спешните структури.

Картата на системата за спешна медицинска помощ трябва да регламентира необходимата архитектура на системата, в т.ч. местоположение на мобилните и стационарни структури, която е в състояние да осигури равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ при обективни критерии за време на достигане и ниво на обслужване на спешните случаи.

Това предполага цялостно преструктуриране на центровете за спешна медицинска помощ чрез преразпределение на районите на обслужване на мобилните екипи и изграждане на мрежа от филиали, разполагащи с възможности за оказване на определено ниво на спешна медицинска помощ на място. Системата от точки за местоположение на спешните екипи следва да се планира на територията на страната без оглед на административното деление и при максимално покриване на населените места с райони на обслужване от минимум два мобилни екипа.

В болничната част на системата да бъдат планирани лечебните заведения, отговорни за осигуряването на безотказен прием на спешни пациенти, в т.ч. специализирани спешни центрове (травма центрове; кардиоцентрове, мозъчно-съдови „stroke“ центрове, центрове за лечение на термична травма; токсикологични центрове и др.) на областно, регионално и национално ниво.

Следва да бъдат регламентирани изискванията и задълженията на лечебните заведения да поддържат определен капацитет от квалифициран медицински персонал, технологично оборудване, леглови фонд и организационни и комуникационни за осигуряване на непрекъснат прием, диагностика и лечение на пациенти със спешни състояния.

На базата на възможностите за осигуряване на комплексна и високоспециализирана спешна медицинска помощ следва да бъдат определени нива на компетентност на спешните болнични структури и райони на обслужване.

*„Силно изразените негативни тенденции по отношение здравето състоянието на населението обуславя необходимостта от подобряване достъпа до качествени здравни услуги. Това важи в особена степен за хората в риск от бедност и социално изключване с оглед на ясно забележимите здравни неравенства по отношение на посочените области. За преодоляване на проблемите в сектора ще бъдат извършени ключови промени като бъдат подкрепени следните приоритети:*

*инвестиции в здравна инфраструктура с цел подобряване на условията за адекватна спешна медицинска помощ..., в съответствие с Националната здравна стратегия до 2020 г. и Плана за действие към нея и Концепцията за развитие на спешната медицинска помощ“*

Споразумение за партньорство на Република България, очертаващо помощта от европейските структурни и инвестиционни фондове за периода 2014-2020

Създадената мрежа от извънболнични и болнични спешни структури следва да функционира на базата на строго регламентирани изисквания за път на спешния пациент в рамките на системата за спешна медицинска помощ. От критично важно значение е да се определи ясно обхвата на “пакета спешна помощ” и условията за неговото предоставяне.

Всички структури на системата за спешна помощ, включени в Националната здравна карта, трябва да бъдат подкрепени с инвестиции в инфраструктурата, осигуряващи високо ниво на технологично оборудване на всяко място за обслужване на спешните пациенти – мобилно оборудване за работа на терен, санитарни превозни средства, филиали за спешна медицинска помощ и спешни болнични структури.

В тази връзка от изключително важно значение е да бъдат осигурени възможности за специализиран санитарен транспорт за труднодостъпни региони (въздушен, воден, високопланински верижен и др.)

Развитието на възможностите за телемедицина и комуникационно-информационното осигуряване на дейностите също следва да бъдат обект на приоритетно планиране, в т.ч. осигуряване на информационна свързаност между информационните системи на ЦСМП и Националната система за спешни повиквания тел. 112.

За осигуряване на ефективна организация, координация и управление на интегрираната система за спешна медицинска помощ е необходимо изграждане на национален координационен център, който да осъществява и интеграцията с останалите структури на националната система за спешни повиквания.

За гарантиране на качеството на дейностите, свързани с оказване на спешна медицинска помощ, следва да се въведе система от протоколи за поведение и триаж, които да подлежат на периодична оценка и актуализация. Въвеждане на уеднаквени базови протоколи и алгоритми на поведение би спомогнало за имплементиране на строги правила за основните действия и грижи при спешния пациент, осигуряващи качество на оказаната спешна помощ. Въвеждането на протокол/ алгоритъм на поведение при различните типове спешни пациенти ще даде възможност също така и за остойностяване на услугата при извършване на съответната дейност.

Необходимо е въвеждане на стандартизирана триажна система за оценка и приоритизиране на спешните случаи на всички нива на системата за спешна помощ, в т.ч. при приема на спешно повикване и в болничните спешни структури.



Особени усилия следва да бъдат положени за осигуряване на необходимите човешки ресурси за системата за спешна медицинска помощ. Това налага прилагането на комплекс от мерки за обучение и интегриране в дейността на спешните екипи на парамедицински персонал и въвеждане на система за непрекъснато обучение и оценка на знанията и уменията на работещите в системата.

Тези мерки следва да бъдат подкрепени с устойчиво финансиране на структурите, осъществяващи спешна медицинска помощ, гарантиращо поддържането на необходимия капацитет и отчитащо обема и нивото на обслужване на спешните случаи.

Развитието на системата за спешна помощ трябва да бъде осъществявано в контекста на създаване на необходимите условия за повишаване на ефективността на болничния сектор с очаквани ефекти от намаляване на хоспитализациите и болничните престои.

Изграждането на мрежа от филиали с възможности за лечение на място и интегрирането „под един покрив“ на други медицински и социални дейности ще подкрепи процеса на реструктуриране на болниците и ще позволи закриването или преобразуването на болници, които не могат да осигурят капацитет за активно лечение.

Важен акцент на политиката за развитие на системата за спешна помощ е и подобряването на възможностите спешните екипи и структури за реакция при бедствия в координацията с останалите служби, осигуряващи защитата на населението при бедствия.

Необходимо е да бъдат подкрепени мерки за въвеждане на обучение по оказване на първа помощ за всички, които участват в Единната спасителна система, както и за доброволни организации. Обучението може да бъде надградено с професионално обучение за парамедици на част от служителите в службите за противопожарна безопасност и защита на населението. Това ще осигури допълнителен капацитет за оказване на своевременен медицински отговор в случаите на бедствия или други критични ситуации, в които капацитета на системата за спешна медицинска помощ е недостатъчен.

Възможностите на трансграничното сътрудничество също могат да бъдат използвани за подкрепа на капацитета на системата за спешна медицинска помощ чрез изготвяне и въвеждане на координационни протоколи и механизми за взаимодействие между държавите.

*„Концепцията се основава на тезата, че в медицината, в т.ч. в и спешната медицина, основен фактор за осигуряване на високо качество на оказваната медицинска помощ е наличието на квалифициран и мотивиран персонал.“*

Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ  
2014- 2020 г.,  
МЗ

*„... че подобрената организация и планиране на осигуряването на спешна помощ е важна част от предлаганата здравна помощ, играе важна роля в подготовката и реагирането при масови инциденти и може да понижи смъртността, да намали инвалидността и да предпази от други нещастни последици от ежедневно случващите се произшествия.“*

Международната здравна асамблея, 2007 г.

**МЕРКИ:**

2.3.1. Осигуряване на равномерно и адекватно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ;

2.3.2. Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ;

2.3.3. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ;

2.3.4. Осигуряване на ефективна организация, координация и управление на единната система за спешна медицинска помощ;

2.3.5. Осигуряване на финансова устойчивост на системата за спешна медицинска помощ.

2.3.6. Осигуряване на готовност за реакции при бедствия и развитие на европейската координация и трансгранично сътрудничество;

2.3.7. Осигуряване на прозрачност, обществен консенсус и участие на гражданското общество и медицинските специалисти в процеса на развитие на системата на спешна помощ.

**ПОЛИТИКА 2.4. РАЗВИТИЕ НА ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ,  
ПОДКРЕПЕНА ОТ ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ПОМОЩ**

**Ключови предизвикателства:**

- *Неравнопоставен достъп до първична помощ, особено в труднодостъпни и отдалечени райони;*
- *Неизползване на капацитета на първичната помощ за развитие на дейностите по промоция и профилактика;*
- *Липса на условия за комплексна и високотехнологична диагностика и лечение в извънболничната помощ.*

Стартиралата преди 25 години реформа за изграждане на съвременен модел на първични здравни грижи и въведените принципи на свободен избор на лекар, свободен достъп на пациента до избрания лекар, премахване на административно-регулиращите функции на държавата върху дейността на лекаря и въвеждането на принципа на свободната професия, промените в начините на заплащане – от заплата към капитационен модел с допълнително заплащане за определени услуги, промени изцяло първичната медицинска помощ. Въпреки това развитието на първичната медицинска помощ продължава да бъде основно предизвикателство за здравната система на България.

Анализите на състоянието на системата показват, че първичната медицинска помощ все още не може да заеме своята ключова роля в модела на здравна грижа за пациента, поради ограничения профил на дейностите и задачите, липсата на условия за работа в екип, ограниченото признание, слабите връзки с по-високите нива на обслужване и неадекватното финансиране. Този модел е резултат от изкривените тенденции на разходите за здравеопазване и политики, които благоприятстват интензивните лечебни услуги и високотехнологичната диагностика, за сметка на основната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето, рехабилитация и социални грижи.

В резултат на неправилно провеждани политики в момента се наблюдават съществени несъответствия между реалните практики на общопрактикуващите лекари в страната и нормативно установените изисквания за гарантиране на достъпа на населението до качествена първична медицинска помощ.

*„През последните три десетилетия Европейският регион беше свидетел на бурна политическа и социална промяна, но значението на подходите на първичната здравна помощ останаха ключови ръководни ценности и принципи за развитието на здравеопазването в региона.“*

„Здраве 2020“, СЗО

През 2013 г. броят на практиките за първична медицинска помощ е 3665, от които 3445 индивидуални практики и 220 групови практики. Това е с 133 практики по-малко в сравнение с предходната 2012 г., когато броят на лечебните заведения за първична медицинска помощ е бил 3798.

Налице е концентриране на практиките в големите градове, недостиг на общопрактикуващи лекари в труднодостъпните и отдалечени райони и нежелание за обслужване на пациентите у дома, както и извън установеното време за амбулаторна дейност. Това затруднява достъпа на пациентите до базова медицинска помощ и натоварва системата за спешна медицинска помощ. Липсват адекватни условия и стимули за общопрактикуващите лекари за участие в дейностите по превенция и управление на хроничните заболявания и поддържане на активна обратна връзка с пациентите и с другите специалисти, участващи в грижите за тях.

Налице са много причини за лошата координация като фрагментирана организация за предоставяне на услуги, липса на адекватни финансови стимули и политики, различия в квалификацията и клиничната практика на лекарите и липса на доказателствено обосновани подходи за целия последователен процес на грижи. Освен това общопрактикуващите лекари са натоварени с голям брой несвойствени административни и други дейности, включително свързани с управлението на практиките им.

Това налага целенасочена политика за развитие на първичната медицинска помощ в България с акцент върху дейностите по промоция на здравето и профилактика и ранна диагностика на заболяванията като ключов, стратегически метод за ефективно предоставяне на тези услуги. Първичната здравна помощ, осъществявана от добре обучени и мотивирани общопрактикуващи лекари и други медицински специалисти, следва да се утвърди като основен инструмент за преодоляване на предизвикателствата, пред които е изправена здравната ни система.

Необходимо е да се осигурят подходящи организационни и финансови механизми за развиване на капацитета на първичната медицинска помощ при предоставяне на услуги за насърчаване на здравето и профилактика на заболяванията и да действа като център за свързване към други форми на грижа.

Това изисква комплексни мерки за развиване на компетентностите и мотивацията на работещите в първичната медицинска помощ.

Ключовите инициативи в тази област трябва да бъдат насочени към осъвременено университетско обучение по проблемите на първичната медицинска помощ, специализирана подготовка и непрекъсната квалификация на общопрактикуващите лекари и другите членове на екипите, участващи в осъществяването на този вид помощ.

*„Трябва да се предприемат обединени усилия за инвестиране в изграждане на капацитета на изпълнителите на извънболничната здравна помощ, за да могат те да адресират преобладаващото бреме на заболяванията и тяхното представяне следва да бъде оценявано и възнаграждавано. В подкрепа на тези усилия трябва да се заделят нужните ресурси.*

Бележки по политиката за реформа на здравния сектор  
Световна банка, 2013





Следва да се усъвършенства процеса на специализация по обща медицина, която да бъде максимално адаптирана към новите предизвикателства и отговорности на първична медицинска помощ и характеристиките на работния процес. Лекарите и останалите медицински специалисти в първичната медицинска помощ следва да бъдат насърчавани за непрекъснато повишаване на квалификацията и развиване на умения за консултиране, комуникация и работа в екипи за медикосоциални интервенции. Този процес следва да бъде синхронизиран с въвеждане в практиката на ръководства за поведение на общопрактикуващи лекари.

На базата на изградените компетентности първичната медицинска помощ следва да се утвърди като водеща структура в една, ориентирана към пациента, система от координирани грижи, включваща и структурите за общественото здраве, специализираната помощ и различни социални услуги.

Подобни интегрирани здравно-социални подходи и услуги ще бъдат в състояние да решат по най-добрия начин потребностите на пациентите от поддържащо лечение, общи и/или специфични здравни грижи, социална рехабилитация в амбулаторна или домашна обстановка и ще доведат до чувствително намаляване на потребностите им от прием в болници за активно лечение.

По този начин първичната медицинска помощ ще е в състояние да откликне на съвременните потребности като създаде среда за развиване на партньорство и насърчи пациентите да участват в лечението по нови начини, както и да се грижат по-добре за собственото си здраве.

Първичната помощ следва да бъде подкрепена от специализирана медицинска помощ, осигурена с модерна апаратура, основана на развиващата се с бързи темпове медицинска технология. Тя следва да осигурява извършването на голям брой дейности, в т.ч. високоспециализирани, в амбулаторни условия. Такъв тип капацитет трудно би могъл да бъде развит в условията на сега съществуващата система за специализирана извънболнична медицинска помощ. В тази връзка следва да бъде използван технологичния и кадрови капацитет на лечебните заведения за болнична помощ за осъществяване на амбулаторни дейности, интегрирани с възможности за високоспециализирани консултации и медико-диагностични изследвания и продължаване на лечението в болнични условия при необходимост.

*„Необходимо е да се гарантира тясна координация между първичната медицинска помощ, грижи по домовете, социални грижи, спешна помощ, неправителствените организации и специализираните грижи с определени пътеки за грижи, споделени регистрационни системи и други промени в подкрепа на по-интегрирани процеси. Това включва също така решения за правилно интегриране на психично-здравни услуги в семейната медицина, за да се признае нарастващата тежест на заболяванията и увеличаващата се връзката между психическото и физическото влошено здраве.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Развитието на възможностите за комплексно и интегрирано обслужване на пациенти с определени социално значими и редки заболявания следва да се осъществява чрез изграждане на специализирани центрове, основните функции на които да са свързани с прилагане и координиране на мултидисциплинарен подход при извършването на профилактика, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация на пациенти с конкретни заболявания.

Те следва да гарантират непрекъснатост в осигуряването на медицинските дейности на пациента във всеки момент или период от обслужването му, в зависимост от етапите на развитие на болестта и потребностите му и с цел повишаване качеството на неговия живот. Специализираните центрове следва да оказват съдействие на специалистите в първичната медицинска помощ в осъществяваната от тях дейност по отношение на пациенти със съмнение или с диагностицирано заболяване, както и да участват в разработването и утвърждаването на добри практики и в процеса на обучение на медицински и други специалисти.

Изградените специализирани центрове следва да бъдат включени в регистър, който да позволява достъп на пациентите и медицинските специалисти до информация за осъществяваните дейности.

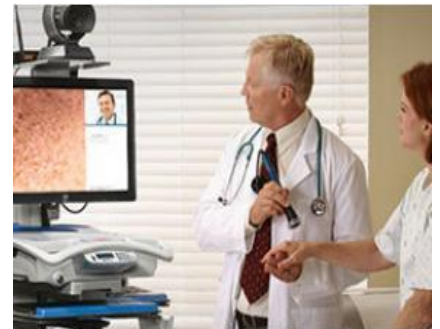
Центровете трябва да развиват своя капацитет чрез осъществяване на връзки и изграждане на мрежи с аналогични структури в страната и в другите европейски държави. От особена важност е осигуряването на координация с експертните центрове и референтните мрежи за редки заболявания.

Важна подкрепяща мярка за развитие на извънболничната помощ е и приемането на напреднали информационно-технологични решения, които могат да предоставят навременен достъп до изчерпателна клинична информация, така че медицинските специалисти и пациентите да могат да вземат правилните решения в точното време, без закъснения и да няма дублиране на услуги или ненужно използване на неподходящи грижи, с произтичащите от това обществени и лични разходи.

В това отношение има място развитието на телемедицината по отношение на осигуряването на дистанционни консултации, здравен мониторинг и медицински измервания, особено за пациенти в труднодостъпни и отдалечени райони, както и за пациенти със специфични потребности - болни с хронични заболявания, възрастни хора и др.

*„Разпокъсаността на услугите и липсата на координация е сериозен проблем в здравеопазването в България и въвеждането на интегрирани грижи ще допринесе за по-добра комуникация и балансиране на системата, както и за реални ползи за потребителите.“*

Бележки по политиката за реформа на здравния сектор  
Световна банка, 2013



**МЕРКИ:**

2.4.1. Подобряване на достъпа до първична медицинска помощ;

2.4.2. Подобряване на качеството на първичната медицинска помощ;

2.4.3. Увеличаване на относителния дял на средствата за първична медицинска помощ и подобряване на системата за заплащане на ОПЛ;

2.4.4. Повишаване на капацитета на първичната медицинска помощ с акцент върху промоцията и превенцията на хроничните незаразни болести и психично здраве;

2.4.5. Разработване и въвеждане на програми за координация на грижата – включително и мениджмънт на случаите/управление на грижата и управление на заболяванията;

2.4.6. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги в общността, в т.ч. патронажни грижи, подкрепящи първичната медицинска помощ в грижата за пациентите;

2.4.7. Развитие на високоспециализирана медицинска помощ, в подкрепа на първичната медицинска помощ;

## ПОЛИТИКА 2.5. ОПТИМИЗИРАНА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

### Ключови предизвикателства:

- *Неравномерно разпределена и фрагментирана болнична мрежа;*
- *Обвързване на финансирането на болниците с количеството, а не с качеството и резултата от болничните дейности;*
- *Ангажиране на болничен ресурс за дейности, които могат да се осъществяват в амбулаторни условия или в услуги за дългосрочни грижи.*

През 2014 г. в страната функционират 349 лечебни заведения за болнична помощ с 51 505 легла (при 49 522 легла през 2013 г.).

Осигуреността с болнични легла в България е 644,9 легла на 100 000 души население и е малко по-висока от средната за ЕС (624,4 ‰), но е релевантна към общия брой болнични легла в редица европейски страни като Австрия-767,9 ‰, Франция-656,5 ‰, Германия-822,4 ‰ и др.

Осигуреността с легла за активно лечение в България е 498 ‰, при сред-но за ЕС 423,99 ‰, в т.ч. Австрия-544,7 ‰, Франция-353 ‰, Германия-530,8 ‰.

Осигуреността с легла за дългосрочни грижи е едва 61,86 ‰ и е най-ниска от всички страни на ЕС. Осигуреността с легла за дългосрочна грижа в Австрия е 754,29 ‰, Франция-965,96 ‰, Германия-1070,63 ‰.

В болничния сектор на България през последните години се наблюдава бърз растеж, който създава значителни предизвикателства към устойчивостта на системата и ограничава средствата за покриването на потенциално по-ефективни разходи в други области – промоция на здраве и профилактика на болестите, развитие на първичната медицинска помощ и др. Наличната болнична структура се характеризира със свръхкапацитет, фрагментарност и дисбаланси, които се отразяват негативно на икономическата ефикасност и същевременно не допринася за подобряване на качеството на грижите.

Осигуреността с болнични легла е относително висока, но е съизмерима с други европейски страни с добре развита здравна система. Основна причина за неефикасността на болничната система не е високият общ брой на болничните легла, а неефективната структура на болничните легла с превес на леглата за активно лечение и ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа, както и големия брой болници – (4,4 болници на 100 000 жители при 2,7 болници на 100 000 жители средно за ЕС).

Въпреки това, поради липса на ефективна регулация, нараства броят на разкритите нови болнични заведения и структури за активно лечение, основно в частния сектор. Много от новите участници на пазара са специализирани лечебни заведения, които предпочитат да се съсредоточат върху най-доходоносните услуги. Съществуващите болници също се стремят към разкриване на нови отделения, за да сключват договори с Националната здравноосигурителна каса за предоставянето на допълнителни скъпоплатени услуги.

Наличната болнична инфраструктура е неравномерно разпределена на територията на страната, със свръхконцентрация на болнични структури, в т.ч. високоспециализирани, в определени центрове и недостиг на капацитет за задоволяване на базови потребности от болнична помощ в много райони на страната. Тази инфраструктура реализира по-високо от средното за ЕС потребление на болнични услуги. За периода 2005 г. – 2013 г. хоспитализациите са нараснали от 20,8 до 30,6 през 2013 г. на 100 души от населението. Хоспитализациите в България са с близо 40 процента повече в сравнение с по-неотдавна присъединилите се държави-членки на ЕС.

Анализът на хоспитализациите в България, изготвен от Световна банка<sup>13</sup> през 2013 г. показва, че поне 20 процента от стационарно извършените процедури в болници е можело да бъдат извършени в амбулаторни условия. Например в момента по-малко от 3% от хирургичните операции в България се извършват под формата на амбулаторна хирургия, докато в Холандия делът на амбулаторните операции е по-близо до 50%. По експертни анализи повишаването на процента на амбулаторната хирургия дори само до 30% ще спести приблизително 2 милиона леглодни годишно, ще повиши качеството и ще позволи на пациентите да се възстановяват в домовете си, а не в болниците. Едновременно с това много болници за активно лечение са натоварени с пациенти за дългосрочно лечение.

Средният болничен престой постоянно намалява след 2000 г. и е относително нисък в сравнение с останалите страни в ЕС. Макар такова намаляване да е в съзвучие с напредъка в медицината, през същия период тенденциите, свързани със заетостта на болничните легла, ясно сочи системна неефективност, произтичаща от големия брой легла и болници. Настоящото равнище от 72 % годишна използваемост на леглата е много ниско, особено като се има предвид големият дял дейности, които могат да се предоставят в извънболнични условия.

Проучване, извършено от Световна банка, на изразходваните държавни средства в различните страни<sup>10</sup>, показва че България изразходва сравнително повече средства за болнични услуги - 52 % от всички здравни разходи, което надвишава с близо 20 процентни пункта дела, предназначен за болнична помощ в другите страни.

Експертните анализи дават доказателства за фрагментарността на болничната система чрез илюстриране на разпределенията на изписвания за различните болници:

*„През 2011 г. са анализирани данните на 275 български болници с леглови фонд над 130 легла. Приема се, че ако една болница за активно лечение има 130 легла, може да се очаква, че ще изписва около 13 пациенти на ден. Трите най-натоварени болници в България изписват по повече от 95 пациенти на ден. В 192 такива болници (от общо 275) изписват по-малко от 13 пациенти на ден. От 103 болници изписват по-малко от 5 пациенти на ден. Тези 103 лечебни заведения отчитат 5 % от болничните престои България.*

*В допълнение към това, някои лечебни заведения или техни отделения имат толкова малък обем работа по дадени диагнози, че качеството на лечението подлежи на сериозно съмнение.“*

*„Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението. Възможни варианти за България“, Световна банка, 2013*

В проучването на Sanigest за 2008 г. се съобщава, че 10% от всички приеми в болница са се дължали на състояния, податливи на амбулаторни грижи, което подсказва, че пациентите не получават необходимите грижи на равнище първична помощ, за да се избегне ненужна хоспитализация.

*„България да осигури ефективно спрямо разходите предоставяне на качествено здравно обслужване, включително чрез подобряване на ценообразуването за услугите в областта на здравеопазването при обвързване на финансирането на болниците с резултатите, ускоряване на оптимизирането на болничната мрежа и развиване на възможностите за извънболнично лечение“.*

Специфична препоръка на ЕС относно Националната програма за реформи на България за 2014 г.

Основните причини за бързото нарастване на разходите за болнична помощ са свързани с въведените механизми на финансиране от НЗОК. Разплащане на болниците става на база на свободно реимбурсиране на разходите за предоставените услуги без съществени ограничения за броя на исканията за плащане, представяни от болниците. Един от основните признаци на тази тенденция е много по-високата от международните норми честота на повторните хоспитализации в болниците.

Друга причина за нарастващите болнични разходи е снижаването на т.н. „хоспитализационен праг“ от страна на лекарите в извънболничната помощ, поради въведените лимитиращи фактори и липсата на мотивация да провеждат лечение в амбулаторни условия. Самите пациенти търсят болничните услуги, тъй като те понякога осигуряват по-безпроблемен и безплатен достъп до диагностични и лечебни процедури, в сравнение с извънболничната помощ.

За оптимизиране на болничния сектор е необходим широк обхват от интервенции. Крайната цел е оптимизиране на мрежата от болниците за активно лечение и намаляване на броя на леглата в тях при запазване и увеличаване на възможностите им за интензифицирано лечение на остри заболявания, развитие на високотехнологични диагностични и лечебни услуги при нарастване на подкрепящата роля на системата за извънболнична помощ, структурите за рехабилитация, продължително лечение, дългосрочни грижи и др.

Постигането на напредък по отношение на тази цел следва да бъде реализирано чрез мерки, насочени към ефективна регулация, основана на здравните потребности и финансови стимули, които се предоставят на доставчиците на медицински услуги.

Преструктурирането на болничния сектор изисква активна политика за преодоляване на нарастващите дисбаланси в достъпа на населението до болнична помощ и свръхконцентрацията на болнични мощности в определени центрове чрез механизмите на Националната здравна карта и въвеждане на ефективна регулация на процеса на разкриване на нови болници и болнични структури, както и стимули за окрупняване на болничните субекти чрез различни форми на обединения. Изключително високият брой лечебни заведения, много от които са специализирани и/или с малък капацитет, очертава значителен потенциал за консолидиране в сектора на основата на ефикасност и качество.

Основна цел на консолидацията в сектора е осигуряване на условия за осигуряване на пациентите на едно място и под един покрив на възможно най-голям обхват медицински услуги. Освен възможностите за комплексно обслужване на пациентите, тази консолидация ще осигури максимално ефективно използване на болничния капацитет.

Консолидирането на сектора следва да се реализира на базата на задължителна Национална здравна карта, чрез която на територията на всяка област да бъдат планирани необходимите основни болнични дейности, съответстващи на потребностите на обслужваното население. На регионално и национално ниво ще се планират високотехнологични болнични дейности и апаратура, осигуряващи най-високо ниво на болнично лечение.

Основна цел на планирането следва да бъде осигуряването на всеки български гражданин на гарантиран „път“ за достъп на всички нива на йерархичната болнична структура.

Чрез механизмите на регулация следва да се преустанови продължаващото увеличаване на броя болнични заведения и легла, което сега допълнително засилва индивидуалните стимули да се „произвежда“ повече и ограничава способността, на която и да е болница, да се възползва от икономията на мащаба.

Друга важна стъпка за повишаване на ефективността на болния сектор е даването на възможност на купувача на здравни услуги (т.е., НЗОК) да сключва изборително, но на базата на обективни и прозрачни критерии, договорите си с болниците, тъй като това ще задължи болниците да доказват, че техните медицински услуги осигуряват необходимото качество срещу цената, заплащана с обществени пари.

Реформите за повишаване на ефективността в болниците трябва да бъдат съпроводени и от усилия за подобряване на качеството на предоставяните услуги. Основните инструменти за гарантиране на качеството на болничната помощ – медицинските стандарти и акредитацията, следва непрекъснато да се усъвършенстват и да се използват пълноценно.

С особен приоритет е създаването на връзка между разплащанията с болниците и информацията за качеството на техните услуги. Разработването на показатели за изпълнение, които подлежат на редовно наблюдение и оповестяване, в това число на показатели, които отразяват удовлетворението на пациентите,

*„40% от пациентите бяха приемани в болница повече от веднъж в годината, което говори за неефективно клинично управление и лошо качество на здравната услуга, безпокойство, което се подсилва от факта, че много отделения имат твърде малък обем, за да поддържат високо качество на услугите. В допълнение към безпокойството във връзка с качеството, това подсказва и че в системата се разпиляват ресурси, вместо много пациенти да бъдат лекувани в по-малко ресурсоемка среда. Като цяло, дължащата се на това фрагментираност на системата я прави неустойчива на равнище отделни публични здравни заведения, при които натрупването на неразплатени разходи и задължения става непрекъснато повтарящ се въпрос. На последно място, създадената така система се характеризира с дублиране и припокриване на услугите и конкуренцията между здравните заведения пречи на координацията на здравните грижи и инвестиции.“*

Бележки по политиката за реформа на здравния сектор,  
Световна банка, 2013 г.

представяват ключов принос за подобряването на качеството в болничния сектор.

В допълнение към създаването на среда със стимули за предоставяне на висококачествени услуги, болничният сектор се нуждае също така и от значителни инвестиции. Необходимо е да се интервенира във въвеждане на нови технологии и иновации, които ще дадат възможност за ранна диагностика и безопасно и ефикасно лечение на все по-голям брой заболявания.

За да се избегне дублирането на услуги в публичния сектор ще са необходими по-смели действия, които да създадат стимули за подобряване на координацията и окрупняване на лечебните заведения. В райони с по-голяма гъстота на лечебни заведения следва да се обмисли интегрирането на публичните болници в конкуриращи се мрежи/обединения. Тези мрежи, състоящи се от болници на различни нива, трябва да осигуряват комплексно обслужване на болните и да бъдат напълно отговорни за своите финансови резултати. В области с по-малка гъстота окрупняването и координацията ще изискват по-активни интервенции, свързани с въвеждане на изисквания за гарантиране на възможностите за комплексно лечение като условие за достъп до публични ресурси.

Консолидирането на болничните услуги трябва да се осъществява паралелно с изпълнението на междусекторна стратегия за продължителни медицински грижи. Много малки и неефективни болници за активно лечение биха могли да бъдат преустроени в центрове за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи, в т.ч. на мобилни медицински грижи, на амбулаторни услуги, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдых и палиативни грижи (предоставяни както място, така и в домашна среда). Увеличаване на броя на лечебните заведения за дългосрочни грижи, усъвършенстването на социалните услуги и подобряването на грижите в домашни условия ще позволи на болниците за активно лечение да фокусират вниманието си върху основната си дейност и по този начин ще допринесе за повишаване на ефективността на болничния сектор като цяло.

Политиките за развитие на сектора на първичната медицинска помощ, както и развитието на системата за спешна медицинска помощ, също следва да се разглеждат като задължителен елемент на реформата на болничната помощ.

*„В много страни бяха приложени генерални планове за развитие на болниците, определящи оптималната структура от лечебни заведения, която бъде основа на процеса на оптимизация. С помощта на такъв план Естония успя да намали броя на заведенията за активно лечение от над 100 до по-малко от 40 между 1992 и 2002 г., намалявайки значително и дублирането на услугите и разходите. Прилагането на генералния план стана чрез смесица от сливания и запазване на автономността на болниците, което помогна решенията за окрупняване да не бъдат политизирани и засили ролята на технократската експертиза и болничния мениджмънт. Използвани бяха и финансови стимули, по-специално обвързване на предоставянето на инвестиции и закупуването на услугите с изпълнението на генералния план.“*

*„Оптимизиране на болничния капацитет: уроци от естонския опит“  
Хокинс, 2010*



**МЕРКИ:**

- 2.5.1. Въвеждане на задължителна Национална здравна карта, отчитаща потребностите на населението от медицинска помощ по видове – съобразно възрастова структура, заболяемост, болестност, смъртност, детска смъртност и др.;
- 2.5.2. Развитие на модела за оценка на качеството в лечебните заведения чрез въвеждане на задължителна акредитация на лечебните заведения за болнична помощ, които желаят да ползват публични средства;
- 2.5.3. Създаване на механизми за осъществяване на конкурентен подбор на базата на обективни и прозрачни критерии при избора на изпълнители на медицински услуги, финансирани с публични средства;
- 2.5.4. Стимулиране на създаването на болнични обединения с цел осигуряване на комплексно обслужване на пациентите и ефективно използване на болничните ресурси;
- 2.5.5. Стимулиране на процеса на преобразуване на леглата за активно лечение в легла за продължително лечение, както и развитие на едnodневната хирургия, дневните стационари, амбулаторната дейност и др.;
- 2.5.6. Преструктуриране на ЛЗБП с ограничени или липсващи възможности за поддържане на ниво на компетентност и развитие;
- 2.5.7. Създаване на условия за развитие на високоспециализирани болнични центрове при гарантиран равнопоставен достъп на населението и ефективно разходване на ресурсите;
- 2.5.8. Въвеждане на система за заплащане на болничната дейност, основана на резултати;
- 2.5.9. Подобряване на системата за контрол на болничните дейности на базата на обективни критерии и индикатори за оценка на качеството и удовлетвореността на пациентите;
- 2.5.10. Въвеждане на рейтингова система на болниците в България;

**ПОЛИТИКА 2.6. РАЗВИТИЕ НА ЕЛЕКТРОННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

*„Електронното здравеопазване е икономически ефективно и е безопасно използване на информационните и комуникационни технологии в подкрепа на здравето и здравеопазването, свързани с области, включително и здравни услуги, здравно наблюдение, здравна литература, както и здравното образование, знания и научни изследвания“*

Дефиниция на СЗО

През 2008 г. ЕС определи електронното здравеопазване за един от шестте най-бързо развиващи се пазари, в който Европа има шанс да стане световен лидер. Електронното здравеопазване е третата по значимост здравна индустрия в Европа след лекарствата и медицинското оборудване. Пример за успешни разработки в тази област са информационните мрежи, електронните медицински картони и здравните уебсайтове.

**Ключови предизвикателства:**

- *Липса на интегрирана здравно-информационна система;*
- *Липса на достъп на пациентите до данните от техните здравни досиета;*
- *Липса на визия и условия за развитие на телемедицината и други комуникационно-информационни технологии в системата на здравеопазването.*

Електронното здравеопазване е бързо развиваща се област, в която си взаимодействат медицинската информатика, общественото здравеопазване, предлагането на здравни услуги и информация чрез използване на съвременни информационни и комуникационни технологии. То характеризира не само технологичното развитие, но и подхода към глобално мислене за подобряване на здравните услуги на местно, регионално и глобално ниво.

Днес електронното здравеопазване включва все по-разнообразни и непрекъснато развиващи се инструменти и услуги, използващи информационни и комуникационни технологии (ИКТ), които могат да подобрят профилактиката, диагностиката, лечението, надзора и управлението - електронни медицински досиета, обмен на информация и данни между пациентите, медицинските специалисти и мрежите за здравна информация, експертни системи и телемедицински услуги, преносими уреди за следене на пациентите, теоретични изследвания на виртуално физиологично човешко същество и др.

За краткото, но динамично време на развитие е-здравеопазването е доказало, че може да бъде от полза за всички чрез подобряване на достъпа до грижи и качеството на обслужването и чрез подобряване на ефективността на здравния сектор.

Поради това ЕС е определил развитието на електронното здравеопазване като ключов фактор за развитието на цялостен европейски пазар на здравни услуги и за овладяването на прогресивно растящите разходи на здравни системи. То се базира на потенциала на технологиите да обновят процесите и услугите в здравния сектор, така че:

➤ да ги направят по-достъпни за хората и близки до тях, независимо къде живеят;

➤ да повишат прозрачността и ефективността на управление в здравния сектор и да подпомогнат за иновациите на процесите и услугите за преодоляване на увеличаващия се натиск от повишеното търсене на здравни услуги и ограничените финансови и човешки ресурси в сектора;

➤ да подпомагат проучвания и иновации и по-ефективна употреба на лекарствените продукти (пациентски регистри и електронна рецепта).

На фона на бързото развитие на електронното здравеопазване в другите европейски държави, България все още не е изградила адекватна здравно-информационна система, която да осигури необходимата информация за нуждите на управлението и потребителите на здравни услуги, в т.ч. за изпълнение на ангажиментите на страната във връзка с трансграничния обмен на здравни данни. Наличните информационни системи и бази от данни не са системно интегрирани и не дават реална представа за общото състояние на системата на здравеопазването, което затруднява процеса на планиране на здравната политика.

България изостава в процеса на развитие на електронното здравеопазване не само по отношение на информационната здравна система, но и по отношение на другите елементи на електронното здравеопазване, свързани с развитието на телемедицината, дистанционно наблюдение на пациенти и др.

Основен инструмент за осигуряване на ефективното функциониране на здравната система е интеграцията и свързаността в сферата на здравеопазването чрез създаване на Национална здравно-информационна система.

Изграждането ѝ ще осъществи връзката между множество, разработени към момента системи, в различни организации в сферата на здравеопазването между които НЗОК, доброволни дружества, национални центрове и изпълнителни агенции, лечебни заведения и др. Целта на интеграцията е обвързване на процесите в здравеопазването в единна система с възможност за обмен и контрол на информацията в реално време, включваща електронен пациентски запис, електронна автентификация, регистри на основните участници в системата на здравеопазването и обвързаност между тях.

Подобна интеграция е от изключителна важност и за подобряването на дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването.

*Пътната карта покрива период от шест години (2014–2020), в който са разграничени три логически етапа. Развитие на архитектурата на електронно управление на Република България следва да се осъществява поэтапно, като всеки следващ етап надгражда и доразвива постигнатото в предходния етап.*

*Първият етап включва анализ на текущото състояние на процесите в системата на здравеопазването в България – участници, процеси, отговорности, използвани информационни системи, информационните потоци, анализ на очакваните взаимодействия с европейски здравни ИТ системи и идентифициране на необходимото нормативно регулиране. Ще бъде определен наборът от единни регистри и номенклатури, необходими за работата на НЗИС и ще бъдат дефинирани единни стандарти за обмен на здравна информация. Изграждане на 4 основни регистъра, софтуерна среда за обмен на информация, така както и електронен здравен запис.*

Проект на програма за развитие на електронното здравеопазване  
МЗ, 2014 г.

Конкретните стъпки за изграждане на Националната здравно-информационна система ще се осъществяват съгласно посочената в Програмата за развитие на електронното здравеопазване пътна карта.

Изграждането на Националната здравно-информационна система дава възможност да се извършват онлайн повече административни и здравни услуги в сектора, осигурява достъп до информация на пациента за собственото му здраве, подобрява взаимовръзките между отделните нива на системата, подобрява качеството на медицинските услуги и ефективността на разходването на публичните средства за здравеопазване. Това е предпоставка за това финансовите процеси да бъдат прозрачни и лесни за проследимост, за анализиране и контрол, за удовлетвореност на всички участници в системата.

Развитието на електронното здравеопазване в страната следва да обхване и дейностите, свързани с използване на възможностите на телекомуникации за връзка с цел диагностика, лечение, консултации и непрекъснато обучение - телемедицина. В последните години телемедицината се утвърждава като отворена и постоянно развиваща се област, като в себе си включва нови възможности за напредък в технологията, реагира и се адаптира към достиженията в областта на здравеопазването и обществените спецификации.

Съвременните здравни системи използват възможностите на телемедицината за подобряване на качеството на здравните услуги, особено в областта на наблюдението на хроничните болести, преодоляване на затрудненията с достъпа на пациентите и недостига на квалифициран медицински персонал. Не на последно място телемедицината дава редица възможности за повишаване на ефективността и намаляване на разходите за здравеопазване.

България следва да използва възможностите за телемедицината за решаване на предизвикателствата, пред които е изправена здравната ни система. Необходимо е да се извърши анализ и оценка на възможността за въвеждане на телемедицински услуги в България и да се разработи цялостна концепция за развитие на телемедицината в здравната ни система. Концепцията следва да представи стратегическата перспектива за развитие на различните направления на телемедицината в отделните здравни сектори – спешна, извънболнична и болнична помощ, както и в процеса на предоставяне на дългосрочни грижи и интегрирани здравни услуги в общността и изграждането на мрежа от връзки между тях.

***Вторият етап** включва разширение на НЗИС - разработването на допълнителни административни и специализирани регистри, разширяване на портала и системата с електронни услуги, разработване на механизми за анализ на риска, медицински одит, електронна рецепта, така както и възможности за анализи.*

***Третият етап** включва изграждане на резервен център за данни, обхващане на образната диагностика, телемедицина, елементи за подпомагане на взимането на решения, и изграждане на допълнителни електронни услуги.*

Проект на програма за развитие на електронното здравеопазване,  
МЗ, 2014 г.



**МЕРКИ:**

2.6.1. Въвеждане на национални здравно-информационни стандарти:

- разработване на задължителни стандарти за здравна информация и статистика;
- разработване на политики за сигурност и оперативна съвместимост на информационните системи в здравеопазването

2.6.2. Изграждане на Национална здравно-информационна система и осигуряване на достъп на гражданите до системата чрез електронен идентификатор;

2.6.3. Разширяване и надграждане на модулите на здравно-информационната система чрез:

- обмен на информация в реално време между заетите в сферата на здравеопазването на електронни направления, електронни рецепти, лабораторни данни и изследвания;
- създаване на електронен здравен запис на пациента;
- внедряване на информационно комуникационните технологии в инфраструктурата на здравеопазването;
- осигуряване на свързаност на всички доставчици на медицински услуги чрез компютърни мрежи, комуникационни устройства, достъп до Интернет;
- осигуряване на хардуерен капацитет за централизирани електронни регистри и електронни бази данни;

- въвеждане на сигурна идентификация на потребителите,

- гарантиране сигурността на информацията чрез криптирани форми за обмен на данни.

2.6.4. Информираност и обучение чрез предоставяне на уеб базирани услуги в реално време:

- предоставяне на информация на населението (здравна профилактика, права и задължения на здравно осигурени лица и др.)
- предоставяне на административни услуги
- предоставяне на информация на предоставящите здравни грижи за (права и задължения, начини и ниво на реимбурсация и др.)
- здравно образование
- поддържане на квалификацията и продължаващо обучение на здравните специалисти
- предоставяне на публични регистри за лечебни заведения, за лица предоставящи медицински услуги, здравно-осигурителни фондове, аптеки и др.

2.6.5. Разработване и прилагане на концепция за развитие на телемедицината в Република България.

## ПОЛИТИКА 2.7. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИЯ КАПИТАЛ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

### **Ключови предизвикателства:**

- Засилен процес на миграция на медицинските специалисти;
- Устойчива тенденция на намаляване и застаряване на медицинските специалисти, особено в определени области;
- Липса на устойчива система за продължаващо обучение, обвързана с професионалното развитие.

Политиката се основава на схващането, че работещите в системата на здравеопазване са основният капитал, с който тя разполага. Той обхваща съвкупността от техните знания, умения, компетентности, способности, здравословно състояние и работоспособност, мотивация и поведение в труда, които имат определена стойност и са източник на сегашни и бъдещи доходи както за медицинските специалисти - носители на човешкия капитал, така и за системата, която при договорени условия използва този капитал.

Здравеопазването е отрасъл с висока трудоемкост и един от най-големите икономически сектори в ЕС, като на него се падат около 17 млн. работни места (8 % от всички работни места). Застаряващото население и нарастващото търсене на здравни услуги са гаранция за това, че секторът на здравеопазването ще остане основен двигател на заетостта в бъдеще.

Въпреки това той е изправен пред сериозни предизвикателства: застаряваща работна сила и твърде малко новонаети лица, които да заместят пенсионираните се; значително текучество на служителите в някои области поради тежки условия на труд и относително ниско заплащане; необходимост от нови умения за работа с нови технологии и за справяне с нарастването на хронични болести като диабета и сърдечните заболявания при възрастните.

Държавата следва да инвестира и да подпомага инвестициите в развитието на човешкия капитал в системата на здравеопазването, защото по този начин се постига по-високо качество на медицинските услуги, увеличена конкурентоспособност, по-високи и устойчиви темпове на икономически растеж и по-висок жизнен стандарт на населението.

*„Човешкият капитал е стойността на доходоносния потенциал, въплътен в индивидите, включващ както вродените им способности и талант, така и образованието и придобитата квалификация.“*

Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа

*„В здравните системи има недостиг на подходящи хора с подходящи умения, на правилното място, особено медицински сестри и общопрактикуващи лекари. Разпределението на здравните работници е неравномерно, характеризиращо се с градска концентрация и селски дефицити.“*

„Здраве 2020“, СЗО

По осигуреност с медицински специалисти България все още заема позиции доста над средните за страните от ЕС. Въпреки това възрастовата структура на работещите предполага нарастващи дефицити в бъдеще. Регионалното разпределение на медицинските специалисти е непропорционално и дисбалансирано, което води до затруднен достъп на населението до здравни грижи, влошава качеството на медицинската помощ и влияе върху ефективността и резултатността на медицинския труд.

Свободното движение на хора в рамките на ЕС в областта на здравето допълнително засилва проблема, поради нарастващата миграция на здравни специалисти от България към другите европейски държави. Като основни причини за миграцията се определят по-доброто заплащане, по-добрите условия на труд, високият стандарт на живот, умората от несвършеното от здравната реформа, липсата на доверие във водената здравна политика и др. Близо 50% от лекарите и специалистите по здравни грижи, които напускат страната са на възраст между 46 и 60 г.

Ако България не предприеме подходящи стъпки, за да подготвя и задържа достатъчен брой собствени здравни специалисти, недостигът ще продължи да се задълбочава и ще затрудни сериозно функционирането на системата. Това налага активна политика за инвестиране в човешкия капитал, насочена към:

- Инвестиции в образованието и професионалното обучение, които осигуряват обща фундаментална подготовка и базови знания и умения, приложими в здравеопазването.

Образованието и обучението на здравните специалисти трябва да бъдат преосмислени така, че да се подобри съгласуването между приоритетите на образователната и здравната система и здравните нужди на населението. Необходимо е усъвършенстване на механизмите за планиране на потребностите от обучение на здравни специалисти при осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал, както и преценка на учебните програми, с цел адаптиране към променящите се изисквания и потребности. Трябва да се направи преценка на видовете специалисти, които ще са нужни, като се отчита, че съвременното лечение се променя с въвеждането на нови технологии, а наличието на застаряващо население води до промени в профила на заболяемостта и увеличаване на пациентите в напреднала възраст с множество хронични заболявания.

По данни на НСИ през 2014 г. в лечебните заведения в България работят 28 842 лекари и 7 013 лекари по дентална медицина. Броят на медицинските специалисти през 2014 г. е 48 158, като е налице значително намаляване на техния брой. Осигуреността с лекари е 39,9 на 1000 души население (при 32,9 през 1990 г.). Осигуреността със специалисти по здравни грижи е 66,9 на 1000 души население, докато през 1990 г. този показател е 102 на 1000.

*„Образованието и обучението на здравните специалисти не върви в крак с предизвикателствата, пред които е изправена системата на здравеопазването, което води до разминаване между компетентността на завързващите и нуждите на потребителите и населението като цяло, както и преобладаващата ориентация към болнично-базираните услуги и тесен технически фокус без широко контекстуално разбиране. Има ограничен ентузиазъм за продължително обучение поради липса на възможности за кариерно развитие, ниските заплати и липса на стимули.“*

Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа

- Инвестиции в професионалната квалификация на медицинските специалисти, които осигуряват придобиването на професионални знания, умения и компетентности, свързани с упражняването на медицинската професия или специалност.

Основният инвеститор в професионалното развитие и адаптация на медицинските специалисти би трябвало да бъде работодателят, но при дефицит на работодателска активност в тази сфера, той следва да се покрива от държавни инвестиции и програми на ЕС.

При реализацията на политиката следва да се има предвид, че наличните знания, умения и опит бързо остаряват и стават непригодни за динамичните промени в техниката и технологиите, съкращаването на жизнения цикъл на изделията и услугите. Способността да актуализират своите знания и умения и да реагират на новите предизвикателства е необходимо условие за здравните професионалисти на бъдещето и то трябва да бъде подкрепено от лесен достъп до възможности за учене през целия живот. Осигуряване на ученето през целия живот на здравните специалисти, следва да включва не само придобиване на квалификации, които са непосредствено свързани с професията, но и непрекъснато обновяване на всички способности, интереси и знания на работещите.

То следва да се осъществява посредством различни учебни дейности, включително стимулиране на неформалното и самостоятелното учене, придобиването на свързаните с професията умения на работното място и др.

Приоритетно следва да бъде подкрепяно придобиването на знания и компетентности за извършване на услуги в екип, нови форми на обслужване (включително домашни и дългосрочни грижи), умения за насърчаване овластяването на пациента и способността за полагане на грижи за собственото здраве, по-добро стратегическо планиране, управление, работа с различни сектори и капацитет за лидерство.

Нужно е чрез знанията да бъде изградена нова култура на работа, която благоприятства въвеждането на нови форми на сътрудничество между работещите в системата на здравеопазването, а също и с представителите на други сектори. Връзката между лекарите и другите медицински и немедицински специалисти и пациентите остава от решаващо значение и трябва да бъде подкрепяна, тъй като здравните грижи стават все по-сложни и по необходимост мултидисциплинарни.



*„Медицинските сестри и акушерки са ключови и имат все по-важна роля в усилията на обществото за справяне с предизвикателствата на общественото здраве в наше време и в осигуряване на непрекъснатост на грижите и зачитане на правата при променящите се нужди на хората. Тъй като те имат близък контакт с много хора, те трябва да са компетентни по принципите и практиката на общественото здраве, така че да могат да използват всяка възможност да влияят върху резултатите от здравните грижи.“*

„Здраве 2020“, СЗО



Безвъзвратно е остаряла идеята, че здравеопазването е само полагане на лекарски труд. В съвременните високотехнологични здравни системи намират място не само медицински специалисти, но и икономисти, юристи, информатици, статистици, психолози, специалисти по мениджмънт и др. Наличието на широк спектър от различни професии в системата създава потребност от екипен стил на мислене и действие на представителите на отделните професии.

- **Инвестиции в нови технологии**

Напредъкът в здравеопазването зависи от научните и технологичните постижения. Новите технологии позволяват на медицинските специалисти да обменят информация по-лесно и да работят съвместно в по-тясна връзка, като така се подобрява общото равнище на грижи. При определени заболявания и пациенти технологиите могат да позволяват прехвърлянето на значителна част от грижите от болниците към първичните медицински грижи и структурите в общността, а дори и към домовете на пациентите. Това води до подобряване на качеството на живот и до успешното оползотворяване на ресурсите.

В краткосрочен план новите технологии като телемедицината могат да осигурят по-добро предоставяне на здравно обслужване в отдалечени райони или в райони, в които се изпитва недостиг на медицински специалисти. Въвеждането на нови технологии налага здравните работници да получат подходящо обучение и квалификация, за да могат да ги да използват в максимална степен.

- **Инвестиции в преодоляването на миграционните процеси и създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България.**

Политиките в областта на миграцията и задържането на специалистите в България трябва да бъдат насочени към причини, които влияят върху тези процеси, в т.ч. трудностите при придобиване на специалност, ниското заплащане на труда, лошите условия на работа и проблемите в здравната система.

При планиране на политиката следва да се има предвид, че процесът на създаване на човешкия капитал е сложен и продължителен процес като вложените средства се възстановяват не веднага и не цялостно. Реализацията на политиката изисква сътрудничество на различни заинтересовани страни, имащи отношение към развитието на човешкия капитал – професионални организации, висши училища, лечебни заведения и др.

*„Новите предизвикателства пред здравните системи от технологичния напредък и променящите се очаквания изискват нови видове здравна експертиза и нови професионални обединения; примерите тук включват здравните мениджъри и ръководителите на здравни грижи, здравните икономисти, адвокати, свързани със здравето и техници и инженери на високо ниво.“*

„Здраве 2020“, СЗО

**МЕРКИ:**

2.7.1. Развитие на механизми за определяне и планиране на потребностите от медицински и немедицински специалисти в здравеопазването по региони и по категории в зависимост от здравно-демографските характеристики на населението;

2.7.2. Разработване и въвеждане на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването и следене на миграционните процеси като част от националната здравно-информационна система;

2.7.3. Създаване на механизми за обвързване на приема за обучение на медицинските специалисти (лекари, специалисти по здравни грижи и др.) с установените потребности и дисбаланса в осигуреността с кадри в системата;

2.7.4. Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към обучение и специализация на медицински специалисти в области, в които има сериозен дефицит на кадри;

2.7.5. Създаване на условия за разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.;

2.7.6. Разширяване и преформулиране на компетенциите в професионалните направления и регламентиране на нови

видове професии в системата на здравеопазване – лекарски асистенти, парамедици, болногледачи и др.

2.7.7. Актуализиране на учебните планове и програми във висшите училища, насочени към разширяване на практическите умения на медицинските специалисти с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност;

2.7.8. Усъвършенстване на процеса на специализация на специалистите в здравеопазването, включващо либерализиране на достъпа до специализация и повишаване на изискванията в хода на обучението и при придобиването на специалност;

2.7.9. Развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организирането и провеждането на обучението;

2.7.10. Разработване на нов модел за заплащане на работещите в здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност и постигнатите резултати;

2.7.11. Въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в системата на здравеопазване.

## ПОЛИТИКА 2.8. ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ

### Ключови предизвикателства:

- Неудовлетвореност от качеството и безопасността на медицинското обслужване;
- Липса на общоприета дефиниция и класификация на медицинските грешки и тяхното аналитично отчитане;
- Липса на връзка между качество и финансиране на дейността на лечебните заведения.

Конституцията на Република България изрично заявява, че държавата закриля здравето на гражданите и всеки български гражданин притежава гарантираното конституционно право на достъпна медицинска помощ. Законът за здравето, от своя страна, доразвива конституционната норма, като допълва достъпността със своевременност и качество. В този смисъл качеството на предоставяната медицинска помощ в изпълнение на конституционните права на всеки един гражданин – пациент намира своята изначално заложена цел с оглед поставянето ѝ в центъра на националното законодателство във всеки един негов аспект при предоставяните медицински услуги.

Подобряването на качеството в здравната ни система означава не само предоставяне на подходящите здравни услуги на всеки пациент по всяко време, но и изпълнение на обещанието, че държавата се и ще продължава да се грижи за своите граждани.

Неговите основни измерения са:

- Безопасност – намаляване на риска за пациентите от причиняване на вреда в хода на диагностично-лечебния процес.
- Своевременност – диагностичните процедури и съответно лечението се предоставят в подходящия момент.
- Ефикасност – лечението се предоставя по най-добрия начин и довежда до желаните резултати.
- Ефективност – лечението довежда до желаните резултати при минимални усилия, разходи и загуби.

Според Евробарометър – проучване на ЕК от 2014 г., 68 % от анкетираните българи оценяват цялостното качество на здравеопазването като „лошо“ (27 % за европейските страни). 72 % от участниците в анкетата считат, че качеството на здравеопазването е „по-лошо“ в сравнение с другите държави членки на ЕС (25 % за ЕС). Според 56 % от запитаните има вероятност пациенти да получат увреждане по време на болнично лечение (53 % средно за ЕС). За извънболничната помощ – 62 % при 50 % средно за ЕС.

*„Качеството може да бъде всичко, което желаем да бъде, въпреки че това обикновено се отразява върху настоящите ценности и цели на здравната система и на обществото, на което е част.“*

“Evaluating the Quality of medical Care”  
Donabedian, Av.

➤ Справедливост – грижите се предоставят на равнопоставена основа за всички без значение на етническа принадлежност, пол, религия, социално положение.

➤ Ориентиране към пациента – уважение, отговорност и индивидуален подход към всеки, потърсил медицинска помощ.

Повишаването на качеството на здравните дейности е тясно свързано с развитието на националната система на здравеопазване, която трябва да се фокусира върху нуждите и очакванията на потребителите на здравни услуги и да въвлече в този процес участниците от всички ѝ нива.

Необходимо е сега действащата институционална акредитационна система да се превърне в инструмент за контрол и оценка на качеството на медицинското обслужване.

Нарастването през последните години на случаите с причинена вреда на пациента по време на диагностичния процес или лечение, довели до неблагоприятен изход, императивно налага да се започне работа по създаването на регистър на медицинските грешки. Този процес изисква приемането на ясно и еднозначно определение на понятието за медицинска грешка и нейните разновидности. Необходимо е разработване на класификация на неблагоприятните събития, което е важна предпоставка за тяхното отчитане. Тази информация трябва да служи за обучение на всички работещи в здравеопазватната система - лекари, специалисти по здравни грижи и медицинска администрация, използвайки подходящи учебни форми. С цел защита на пациента и медицинските лица е необходимо нормативно да се регламентира оправдания медицински риск, т.е. степента, до която този риск не следва да бъде санкциониран въпреки възникналата вреда в хода на лечебно-диагностичния процес. Медицинската общност периодично да се запознава с анализите на резултатите от регистъра на медицинските грешки, за да се извлекат съответните поуки и да се предотврати тяхното повторно допускане. По подходящ начин тази информация трябва да се предоставя и на гражданското общество.

Оценката на качеството и безопасността на медицинското обслужване е основа за извършване на подобрения в тази област. Предстои да бъдат разработени критерии и индикатори, които да се използват за анализ и сравнение на дейността на лечебните заведения и съответно за изготвяне на рейтингова листа.

*„Десет на сто от пациентите в Европейския регион претърпяват предотвратима вреда или неблагоприятни събития в болница, което причинява страдание и загуба и влияе финансово върху здравните системи. Безопасността е част от дневния ред на качеството и измерение на културата на качеството, която обхваща разработване на мрежи от пациенти и доставчици; споделяне на опит; поуки от провал и оценка на риска; улесняване на ефективни доказателствено информирани грижи; надзор на подобренията и упълномощаване и образование на пациентите и населението като партньори в процеса на лечение.“*

„Здраве 2020“, СЗО

СЗО през 2009 г. определя лекарската грешка като „Неуспех да се приложат умения, грижи или знания от изпълнителя на медицинска помощ“. Неправилно лечение/лоша практика, *medical malpractice* се дефинира като „Небрежно поведение при оказване на медицинска помощ от страна на лекар или лечебно заведение, което е обект на гражданското право“.

Достъпът на потребителите на здравни услуги до такава информация ще ги подпомогне да направят своя информиран избор на лечебно заведение, което отговаря най-много на техните нужди и очаквания. Качеството и безопасността в здравеопазването следва да се разширят като система от изисквания в Националния рамков договор и в договорите с изпълнителите на медицински дейности. Неотменна част на договора следва да бъде и конкретна програма за повишаване на качеството и безопасността на дейността в лечебното заведение. Разработката на програмата трябва да става най-вече въз основа на критичен анализ на собствената дейност – практика, която се прилага в много други страни.

Осигуряването на качеството на здравната помощ изисква определяне и координиране на отговорностите и усилията на всички участници в този процес - на национално ниво – Министерство на здравеопазването, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, Национална здравноосигурителна каса, застрахователни фондове, а на регионално и локално ниво – регионални здравноосигурителни каси, регионални здравни инспекции, общински и местни дирекции/отдели по здравеопазване.

Изпълнителите на медицинска помощ имат пряката отговорност за лечението и грижите за пациентите и като такива са ключовата фигура по осигуряването и развитието на качеството в здравните заведения. Във връзка с това, те следва да придобият съответните знания, отнасящи се до техните задължения (вземане на решение, професионални изисквания, търсене и очаквания от страна на пациентите, както и на колегите); да въведат в своята практика и да поддържат на ниво знанията си за професионалните норми; да участват в процеса за развитие на качеството и да следват системата, която бъде възприета.

Сътрудничеството с пациентите и техните близки, както и с пациентските организации е основен момент по осигуряването и развитието на качеството. Пациентите могат и трябва да участват при оценката на качеството на лечебните заведения винаги, когато това е възможно, като се използват различни канали - специални кутии, неформални разговори, въпросници, изследване на пациентите, конференции за обсъждане на очакванията, бюро за жалби, както и формално изслушване на пациентите и техните организации.

Партньорството със средствата за масова информация и правилният диалог трябва да допринесат за информиране на населението, както и за повишаване на доверието на пациентите в здравната ни система.

*„Чл. 32. Страните по договора извършват системно и планирано оценяване, наблюдение и непрекъснато подобряване на качеството на медицинските услуги, с което се осигурява равенство в достъпа, ефективността и сигурността на договорените медицински услуги и повишаване на удовлетвореността на пациентите.“*

Глава девета „Качество на медицинската помощ“  
Национален рамков договор, 2015 г.

Определение за качество в здравеопазването (СЗО)

- ✓ грижи, които предоставят най-добрия здравен резултат – максимум полза и минимум риск за пациента;
- ✓ демонстрират отличен професионализъм от всички, участващи в помощта;
- ✓ ефективно и рационално използване на ресурсите;
- ✓ високо ниво на удовлетвореност на пациентите;
- ✓ най-добрите възможни здравни резултати.

Съсловните организации на лекари и лекари по дентална медицина, както и на фармацевти и специалисти по здравни грижи, следва да играят основна роля в процеса на осигуряване на качеството, особено при провеждането на изпреварващо обучение на членовете си и създаването на работни групи по въпроси на качеството в различните професионални сфери.

Научните дружества и асоциации на специалистите в различни области на медицината следва да имат решаваща роля в разработването на препоръки, алгоритми за клинично поведение и тяхното периодично актуализиране.

Образователните институции също играят важна роля в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване. Обучението в тази област следва да бъде интегрална част както от студентското, така и от следдипломното обучение. Програмите следва да осигуряват на медицинските специалисти необходимите инструкции и концепции, които да бъдат приложени в непосредствената работа.

Научните изследвания в областта на качеството на здравните дейности следва да допринесат за развитието му. Институцията по медицински одит и осигуряване на качеството и определени изследователски екипи ще играят важна роля в тази насока, като техните основни отговорности са: да разработят подходящи методи за оценка и контрол, приложими в лечебните заведения; да участват в провеждането на оценката на качеството на всички нива и в прегледа на общоприетите професионални норми и да осигуряват разпространение на научните резултати.

Електронното здравеопазване следва да се развие като основен инструмент за повишаване на ефективността и качеството на здравната система. То следва да допринесе за повишаване на медицинската ефективност и качеството на медицинските решения чрез подобряване на информираността на лекаря за всички предшестващи болести и състояния на пациента, достъп до експертни системи, системи за контрол на лекарски решения, вкл. на рецепти; търсене на литература и доказателства; информация за близки и далечни резултати (качеството) на проведено лечение и др.

Осигуряването чрез националната здравно-информационна система данни ще позволят всички показатели за измерване на качеството да се регистрират и анализират в желани периоди и разрези и да се използват за контрол и управление на процесите, свързани с качеството.

*„Има три измерения на качеството на здравните услуги: ефективност, достъпност и удовлетвореност на пациента. Проблемите, свързани с качеството на услугите могат да се категоризират в две широкообхватни групи: неподходящо лечение и свръхлечение. При същия на определянето на качеството на здравните услуги е силното признаване на значението на партньорската проверка при актуализирането на качеството на здравните мерки. Измерителите на качеството на медицинските услуги често се създават чрез процеса на партньорска проверка и наблюдение, осъществяван от професионални организации и правителствени агенции.“*

*„Разходи, качество и резултати в здравеопазването“  
Книга на термините на ISPOR*

**МЕРКИ:**

2.8.1. Въвеждане на система за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване;

2.8.2. Създаване на регистър за отчитане на медицинските грешки;

2.8.3. Нормативно регламентиране на оправдан медицински риск;

2.8.4. Обучение в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване, комуникацията пациент – медицински специалисти и управлението на конфликти;

2.8.5. Колаборация със средствата за масова информация с цел предоставяне на информация за качеството и безопасността на медицинското обслужване за обществеността;

2.8.6. Партньорство и ясно дефиниране на отговорностите на всички участници (институции и организации на национално, регионално и локално ниво) в процеса на осигуряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване, вкл. развиване на международното сътрудничество в тази област;

2.8.7. Оптимизиране на контрола върху качеството и безопасността на медицинското обслужване по места.

## ПОЛИТИКА 2.9. ЕФЕКТИВНО СТРАТЕГИЧЕСКО И ОПЕРАТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

### *Ключови предизвикателства:*

- *Неустойчивост на политическото управление и управленските цели и приоритети;*
- *Липса на политически и обществен консенсус за стратегическите насоки за развитие на здравеопазването;*
- *Неефективен оперативен мениджмънт.*

Постигането на очакваните резултати от настоящата стратегия е немислимо без адекватно, компетентно и отговорно управление на националната здравна система на всички нива – национално, областно, общинско и институционално.

Анализът на резултатите от започналата през 1999 г. здравна реформа в България показва, че съществена бариера за нейното развитие и за постигане на поставените цели е непреодоленият управленски дефицит на всички нива в системата. Промяната в структурата и финансовите механизми на системата не бе подкрепена от адекватни промени в управленския стил и организационната култура. Липсата на консенсус за дългосрочните стратегически цели и приоритети на здравеопазването и политическата неустойчивост не позволиха своевременното провеждане на необходимите промени и задълбочиха дисбалансите в системата. Досегашният акцент и фокус в управлението на здравната система бе насочен изключително към оперативния мениджмънт (текущ, краткосрочен, ежедневен и фрагментиран), без ясна ориентация към средносрочни и дългосрочни цели и резултати. В България не бе внедрен своевременно професионален здравен мениджмънт, което има своите очевидни негативни резултати - ниска ефективност и нерационалното управление на и без това ограничените ресурси в здравната система.

Настоящата ситуация и прогнозите за здравно-демографското и икономическо състояние на страната в следващите години определя потребността от ясна стратегическа ориентация в управлението на здравната система за реализация на формулираните цели, приоритети и политики.

*“Ръководството от страна на здравните министри и агенциите по общественото здраве ще остане жизнено важно за справянето с тежестта на здравето в Европейския регион и трябва да бъде укрепено. Тази водеща роля акцентира както върху икономическите, социалните и политическите ползи от добро здраве, така и върху неблагоприятните ефекти от влошаване на здравето и на здравното неравенство и неговите детерминанти във всеки сектор, в цялото правителство и в цялото общество. Упражняването на тази ръководна роля изисква използване на набор от умения и компетенции, вкл. дипломация, доказателства, аргументи и убеждаване.“*

*„Здраве 2020“, СЗО*



Изпълнението на поставените стратегически цели изисква комбинация от управленски подходи, които насърчават здравето и прилагане на пакет от мерки в синергия, много от които обхващат сектори извън здравеопазването и са извън обсега на управленските институции.

На национално ниво стратегическото управление, осъществявано от Министерство на здравеопазването следва да се насочи към предвиждане на промените, стимулиране на иновациите и инвестиране в промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Подходите на управлението включват използване на публични политики и регулации, както и нови форми на взаимодействие с организациите на гражданското общество, независимите институции и експертни органи. Публичните политики трябва да бъдат достатъчно гъвкави, за да отговорят на сложността и да са подготвени за несигурността. Следва да се развива взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации при разработването и изпълнението на стратегии и програми от национално и международно значение, имащи пряко или косвено отношение към здравето. Публичните институции на всички нива следва да обмислят създаването на капацитет в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите на здравето, както и да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти.

Това ще осигури необходимия обществен консенсус за устойчивост на стратегическите решения в полза на здравето.

Решаваща предпоставка и условие за изграждането на здравна система, ориентирана към качество и резултати, е осигуряването на компетентно оперативното управление в лечебните заведения, основано на съвременните методи, технологии и иновации на здравния мениджмънт.

Управлението на лечебните структури следва да преразгледа разбирането за мениджмънта като управление на сбор от сгради, апаратура и технологии и едва на последно място на хора и да развие управленска философия, ориентирана към търсене на ключовите механизми за активизиране и стимулиране на основния фактор в системата – хората.

Това ще осигури формиране на необходимата организационна култура и подкрепата на медицинските специалисти за реализация на здравнополитическите цели.

*„Съществуват множество дефиниции на понятието "Здраве във всички политики", като основно се фокусира върху нуждата да се включи изрична загриженост за здравето в политиките на всички сектори ... За овладяването на здравето и благосъстоянието правителствата се нуждаят от институционализирани процеси, които оценяват междусекторното решаване на проблеми и дисбалансите във властта. Това включва предоставянето на ръководство, мандат, стимули, бюджетно задължение и устойчиви механизми, които подкрепят правителствените агенции да работят съвместно по интегрирани решения.“*

Изявление в Аделаида за здравеопазването във всички политики, СЗО, 2010

**МЕРКИ:**

2.9.1. Повишаване на капацитета за междусекторно сътрудничество за реализация на стратегическите цели в полза на здравето;

2.9.2. Развитие на механизмите за реално гражданско участие, подкрепа и граждански контрол върху здравната политика и върху управлението на промените в здравната система.

2.9.3. Повишаване управленската компетентност на ръководните кадри на всички нива в системата на здравеопазването;

2.9.4. Въвеждане на системи за мониторинг и оценка на въздействието на политиките, имащи отношение към здравето;

### ПРИОРИТЕТ 3

#### УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Общественото здравеопазване е наука за превенция на болестите, удължаване на живота в добро здраве и промоция на здраве чрез организирани обществени усилия за контрол на поведенческите рискови фактори и факторите на жизнената и околната среда, контрол на заразните болести, здравно възпитание и развитие на социални механизми за осигуряване на стандарт на живот, укрепващ здравето, организирайки здравната помощ така, че всеки индивид да упражнява своето право на здраве и дълъг живот.

Настоящият приоритет обхваща мерки за интегриран подход за гарантиране и съхранение на здравето на обществото и отразява разбирането, че грижата за общественото здравеопазване е ангажимент на държавата, институциите, обществото като цяло и на отделния индивид, а постигането на по-добри резултати изисква постоянни инвестиции и усилия за укрепване капацитета на общественото здравеопазване.

В изпълнение на приоритета за укрепване на капацитета на общественото здравеопазване и постигане на целите за провеждане на ефективна държавна политика за опазване на здравето на населението следва активно да бъдат въввлечени всички обществени сектори, а не само структурите на здравната система. Синхронизирането на дейността по опазване на общественото и индивидуалното здраве на различните йерархични нива – между министерствата и техните подчинени структури, между министерствата и други институции на национално, регионално и локално ниво на управление, гражданското общество и държавните институции е от изключително значение за провеждането на единна здравна политика и постигане на поставените цели.

Планирането, разработването и провеждането на политика по промоция на здраве, интегрирана профилактика на незаразните болести, надзор на заразните болести и ефективен държавен здравен контрол за ограничаване на заболяемостта от незаразни и заразни болести и предпазване от неблагоприятното въздействие на поведенческите рискови фактори и факторите на жизнената среда се осъществяват на национално ниво - от Министерство на здравеопазването и националните центрове по проблемите на общественото здраве и на регионално ниво - от Регионалните здравни инспекции (РЗИ).

Специфичните функции на общественото здравеопазване включват: надзор и оценка на общественото здраве и благосъстояние; идентифициране на здравните проблеми и опасностите за здравето; охрана и защита на здравето – законодателни инициативи и регулации за защита на здравето и осигуряване на безопасни условия и средства; профилактика на болестите; промоция на здраве и здравно образование; оценка на качеството и ефективността на услугите; научни изследвания; политика; готовност за посрещане на кризисни ситуации и осигуряване на компетентни човешки ресурси.

### ПОЛИТИКА 3.1. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

**Ключови предизвикателства:**

- Значителна част от населението е носител на сериозни поведенчески рискови фактори;
- Недостатъчно осъзната лична и обществена отговорност по отношение на индивидуалното здраве, здравето на семейството и на цялото общество.
- Липсва активна държавна политика в областта на промоцията и профилактиката.

Съществува неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението в България, съответно за предотвратяване на голяма част от заболяванията и преждевременната смъртност, който основно е в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите. Промоцията въвежда активния подход към здравето и променя отношението на личността към него (личностен подход и социална отговорност), а профилактиката променя някои рискови за здравето фактори с цел недопускане на заболяване или предпазване от усложнения.

Ефективната профилактика обхваща едновременно няколко основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните заболявания; прилагане на интердисциплинарни модели в дейностите по тяхната профилактика и др.

В политиката за промоция на здравето и профилактика на болестите следва активно да бъдат въввлечени и други обществени сектори (образованието, социалната сфера и др., местните органи на власт, бизнесът, средствата за масова информация, неправителствените организации, населението). Само при такова взаимодействие би могло настоящите междусекторни политики, насочени към превенция и контрол на рисковите фактори, да дадат резултат.

За да бъде успешна, политиката по промоцията на здравето и профилактиката на болестите следва да се прилага интегрирано от всички звена на здравната система.

*„Ключът към бъдещето е да се промени начина на мислене на политиците, изпълнителите на медицинска помощ и представителите на обществото. Всички те трябва да престанат да гледат на здравеопазването като на система за борба със заболяванията и да започнат да поставят фокуса върху промоцията на здравето и доброто физическо състояние. Успехът изисква политическа подкрепа, технически и административни иновации и промени в разпределянето на финансовите ресурси и други активи.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Това изисква активни подходи за решаване на здравните проблеми на населението чрез ограничаване на негативните рискови фактори и стимулиране развитието на протективните фактори за здравето, като медицинските средства се интегрират с други методи: социални, психологически, педагогически, комуникационни, организационни и др. за укрепване и подобряване на здравето на хората, преди да е настъпил болестния процес.

Медицинските услуги, касаещи консултирането в областта на здравословния начин на живот, да се прилагат успоредно с лечебно-диагностичната дейност на общопрактикуващите лекари. Предлаганите от болниците услуги да разширят спектъра си с такива, които имат профилактична насоченост.

За пациентите с налични хронични заболявания следва да бъдат развивани и прилагани модели за ефективна вторична и третична профилактика на основата на интердисциплинарния подход, особено в условията на ограничени възможности и финансови ресурси.

Активното участие на самото население в изработването и реализацията на политиката е абсолютно необходимо. По този начин то ще бъде достатъчно информирано и мотивирано за здравословен начин на живот.

Особено важно е преодоляването на наличния значителен дефицит на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот сред уязвимите групи и лица в неравностойно положение, което е една от причините за формиране на негативни тенденции, касаещи здравния статус на населението.

Концепцията за факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите, при водещ популационен подход за интервенция. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност) води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото.

Основна платформа за реализация на политиката е Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести<sup>14</sup>, приета от МС през 2013 г., чиято стратегическа цел е подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията за здравето (инвалидизация) от основните хронични болести.

*„Хроничните заболявания могат да бъдат решени по рентабилен начин чрез интервенции, насочени към рисковите фактори от промяната на поведението и начина на живот. Това вероятно ще намали здравните неравенства в рамките на страните в дългосрочен план. Въпреки това, за да преобърнем условията за заболяванията, които приемат епидемични размери през ХХ век, се изисква фундаментална промяна на социалните норми, които регулират индивидуалното и колективното поведение. Такива промени изискват широкообхватни превантивни стратегии, насочени към множество детерминанти на здравето във всички социални групи.“*

„Здраве 2020“, СЗО

**МЕРКИ:**

3.1.1. Прилагане на интердисциплинарен подход при изпълнение на политиките за промоция на здравето и профилактика на болестите на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на Министерството на здравеопазването;

3.1.2. Прилагане на интегрирани модули за интервенция за намаляване факторите на риска (поведенчески, на жизнената среда) при различните възрастови и професионални групи и др. чрез използване на различни стратегии за координиране на дейностите на специалистите;

3.1.3. Изграждане на диалог и партньорство за съвместни дейности за здраве с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации, сдружения, медии и др.;

3.1.4. Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по промоция на здраве и превенция на болестите на национално и регионално ниво и надграждане на утвърдената национална политика;

3.1.5. Създаване на база данни за детерминантите на здравето, като основа при разработване на национални и регионални програми за промоция и превенция;

3.1.6. Повишаване на знанията и методичния капацитет на РЗИ в областта на здравословния начин на живот, с възможности за консултиране на населението за повишаване на информираността, уменията и мотивацията на населението в тази насока;

3.1.7. Преориентиране на структурите на националната система за здравеопазване (РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, болници и др.) към промоция на здраве и профилактични дейности;

3.1.8. Разширяване на спектъра на предлаганите в болниците медицински услуги с такива по промоция на здравето и профилактика на болестите. Разработване на критерии за оценка на дейностите;

3.1.9. Мултисекторно сътрудничество и включване на храненето в усилията за осъществяване на икономически ефективни действия за насърчаване на здравословното хранене;

3.1.10. Промоция на здравословно и балансирано хранене през всички етапи на живота чрез изграждане на подкрепяща среда;

3.1.11. Създаване на система за наблюдение, мониторинг, оценка на детерминанти и тенденции чрез изследване на храненето и хранителния статус на популационно ниво.

## ПОЛИТИКА 3.2. НАДЗОР НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ

### *Ключови предизвикателства:*

- *Риск от възникване и бързо разпространение на нови заразни болести;*
- *Риск от разпространение на заразни болести, които са „изкоренени“ поради намаляване на имунизационния обхват на населението;*
- *Липса на ефективна система за надзор на вътреболничните инфекции и антибиотичната резистентност.*

В съвременния глобализиран свят на високи технологии, свободно движение на хора, стоки и услуги, заплахите от бързо разпространяване на заразни болести стават все по-големи. Възникват реални рискове от разпространение на нови инфекциозни заболявания, както и на такива, които поради климатичните промени, рязко променят своя ареал и епидемичен потенциал (Ебола). Употребата на биологични агенти за причиняване на вреда (биотероризъм) се превръща в глобална заплаха. В тези условия от особено значение е ефективното функциониране на системата за надзор на заразните болести и опазване на страната от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен потенциал за разпространение.

В Стратегията за национална сигурност на Република България<sup>15</sup> особено внимание е отделено на дейността по надзора на заразните болести, опазването на страната от внос и разпространение на тези инфекции, ограничаване възникването на епидемични взривове и епидемии, осигуряване на висок имунизационен обхват на населението от ваксинапредотвратими инфекции и организирането на бърз отговор при възникване на ситуации, заплашващи общественото здраве, в т.ч. използването на биологични агенти с терористична цел. Поддържането на лабораторна готовност за екстрена диагностика на тези инфекции, изискваща материална и кадрова обезпеченост на местно и национално ниво, поддържане на професионалната квалификация на персонала, процедури за междусекторно сътрудничество са основните направления за обезпечаване на тази цел.

*„През XX век беше постигнат голям напредък при лекуването и профилактиката на инфекциозните болести, а именно антибиотиците и ваксините. Усъвършенстването на ваксините доведе до голямо намаляване или премахване на някои болести (детски инфекции, полиомиелит, вариола). Напредъкът в личната и обществената хигиена в страните от ЕС и ЕИП стана причина болести като холера, коремен тиф и инфекции при раждане да станат до голяма степен неща от миналото. Тези предимства обаче не бяха разпределени поравно между всички страни и в самите страни има все още групи от населението, които не са се възползвали от този напредък. А нови заплахи се появяват непрестанно. Промееният начин на живот (повече пътувания по света, масово хранене, глобалният пазар на храни, прекомерната употреба на антибиотици, променното сексуално поведение) и изменението на околната среда застрашават голяма част от постигнатия досега напредък в здравеопазването.“*

*„Поддържане на здравето в Европа: нашата визия за бъдещето“*

*Цели и стратегии на ECDC*

Специални действия трябва да се предприемат за превенция на ваксинопредотвратими заболявания сред уязвими и маргинализирани групи от населението, които поради етнически, културни, социални или др. особености не ползват предоставените им от държавата здравноосигурителни права, чрез улесняване на достъпа до медицински услуги, обвързването и съчетаването им с различни социални услуги и форми на въвлечането им в промотивни и др. дейности в общността, като разширяване мрежата на здравните медиатори и повишаване знанията, уменията и ролята им в процеса на отговорно вземане на решения относно личното и общественото здраве.

Заразните болести нямат граници и при настоящата мобилност на хората запазване здравето на населението в страната, вкл. на уязвимите групи, е възможно само при висок имунизационен обхват. Последователната и целенасочена държавна политика за осъществяването на високоефективен надзор на заразните болести, особено в условията на финансов дефицит, потвърждават нуждата от поддържане и усъвършенстване на основана на доказателства, разходноефективна национална имунизационна политика и поддържането на висок имунизационен обхват при всички ваксинопредотвратими заразни болести, което ще спести финансови ресурси не само в сферата на здравната система (терапия, хоспитализации), но и в социалната (временна и трайна неработоспособност).

Важен елемент на политиката за надзор на заразните болести е повишаване на готовността за справяне със здравните заплахи – биологични, химични, екологични, епидемиологичното разузнаване, възможностите за бързо установяване и идентификация на причинителите, организирането на бърз отговор, координиран с други сектори (сигурност, транспорт, екология и др.) в контекста на документите на ЕС за сериозните трансгранични заплахи за здравето. Поради кадрови и финансов недостиг системата поддържа минимално ниво на постоянна готовност, съществуващите процедури за съобщаване, проследяване, оценка на риска и капацитета за координиране на отговора не се проверяват в симулационни учения, нивата на компетентност и отговорности поради честите административни смени са размити, което крие рискове от забавяне на отговора при възникване на ситуация, респ. сериозна трансгранична здравна заплаха.

*„Друго предизвикателство се крие в това, че тъй като заплахата от някои болести намалява, хората не виждат необходимост от извършването на профилактични дейности. Такъв е случаят с някои детски инфекциозни заболявания, като морбили и заушка. Тъй като все повече хора решават децата им да не бъдат ваксинирани срещу тези болести, те се завръщат. Много от заболяванията, за които съществува риск да се появят отново по този начин, са най-опасни за децата и младите хора.“*

„Поддържане на здравето в Европа: нашата визия за бъдещето“  
Цели и стратегии на ECDC



Необходимо е подобряване на възможностите за проучване и контрол на епидемии от инфекциозни болести, които потенциално заплашват държавата. Специално внимание се следва да се отделя на наблюдението на ранните предупредителни сигнали, възникнали на всяка точка от света и сочещи възможно начало на нова епидемия от инфекциозна болест, която може да причини пандемия. Особено важна е координацията с институциите в рамките на ЕС, така че откриването и реакцията на епидемиите от инфекциозни болести са по-систематични и ефикасни.

Необходимо е разширяване на обучението на медицинските специалисти и другите ангажирани в защитата на населението от бедствия екипи за реакция при епидемии, в т.ч. при биотероризъм както и осигуряване на необходимите предпазни средства.

Приоритетна задача на общественото здравеопазване на национално и европейско равнище е и ограничаването на вътреболничните инфекции (ВБИ) и антимикробната резистентност (АМР). Надзорът на ВБИ и АМР е критерий за оценка на качеството на медицинските услуги и безопасността на пациентите, защото ВБИ са сред първите десет водещи причини за повишена смъртност при пациентите, в голямата си част са предотвратими и имат сериозно икономическо въздействие върху националната здравна система. АМР е свързана с повишена заболяемост и смъртност и с увеличена себестойност на здравните грижи. Появата на множествена резистентност води до трайно ограничаване на възможностите за лечение и профилактика на бактериалните инфекции.

Много от тези нежеланите събития могат да бъдат предотвратени, както в болничните заведения, така и при първоначалната медицинска помощ, тъй като по-голямата част от тях се дължат на системни фактори.

Това налага прилагане на цялостна политика, която да включва всички дейности по профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции, интегрирани с мерките, насочени към разумното използване на антимикробни агенти.

Необходимо е подобряване на системата за регистрация на ВБИ, която да даде възможност за отразяване на мащаба и причините за нежеланите събития с цел разработване на ефикасни решения и начини за намеса. На национално и областни ниво следва да се осигури достатъчно информация за ВБИ, която да позволи на органите за наблюдение да извършват показателна съпоставка между различните лечебни заведения, да провеждат наблюдение на

През 2014 г. ЕС и държавите членки са инвестирали повече от един милиард евро в борбата с вируса ебола в Западна Африка. Най-голяма част от средствата са предназначени за проучвания, предоставяне на помощи и изграждане на капацитет за евакуация на международни хуманитарни работници, диагностицирани със смъртоносния вирус.

*„Според изчисленията на Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията средно един на всеки двадесет хоспитализирани пациента страда от инфекции, свързани със здравни грижи, което възлиза на 4,1 милиона пациента годишно в ЕС, а 37 000 смъртни случая се причиняват ежегодно от подобни инфекции.“*

Препоръка на Съвета от 9 юни 2009 г. относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи  
2009/С 151/01

епидемиологията на причинителите на инфекции, да извършват оценка и да приемат насоки за политиките за профилактика и контрол на ВБИ. В тази връзка следва да бъдат използвани възможностите на електронното здравеопазване (електронни здравни досиета, електронни рецепти).

Подходящо е да се използват възможностите на оценката на здравни технологии, с цел да се насърчава внедряването на ефективни технологии за безопасност на пациентите и така да намалят броя на нежеланите събития при предоставяне на здравни грижи.

Профилактиката и контролът на вътреболничните инфекции, следва да се превърнат в дългосрочен стратегически приоритет за лечебните заведения. Следва да се установи сътрудничество между всички йерархични нива и функции за постигане на ориентирано към постигане на резултати поведение в тази област и на организационна промяна, като се определят отговорностите на всички нива, предоставят се необходимите съоръжения и технически ресурси и се създадат процедури за оценка.

Въпросът за безопасността на пациентите следва да бъде неотменна част от програмите за университетско и следдипломно образование, обучение на работното място, както и в продължаващото професионално развитие на работещите в сферата на здравеопазването, включително развиването на необходимите умения за управление и за възприемане на промени в поведението, необходими за подобряване на безопасността на пациентите посредством промяна на системата.

Медицинските специалисти следва да преодолеят настоящата съпротива и страх от санкции и да осъзнаят ползите от своевременното установяване и съобщаване на вътреболничните инфекции с цел проучване на причините и превенция на последващи нежелателни реакции.

Пациентите следва да бъдат информирани за рисковете от възникване на нежелани събития, в т.ч. ВБИ, съществуващите мерки за безопасност и намаляване или предотвратяване на грешки и вреди, включително най-добри практики, както и правото на информирано съгласие за лечение, за да се улесни техния избор и процесът на вземане на решение.

*„Следва да бъде разработена национална стратегия, допълваща стратегиите, насочени към разумното използване на антимикробни агенти, която да включва профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи, в целите на националното обществено здравеопазване и да цели намаляването на риска от инфекции, свързани със здравни грижи, в здравните заведения. От съществено значение е необходимите ресурси за реализиране на компонентите от националната стратегия да бъдат разпределени като част от основното финансиране за предоставянето на здравни грижи.“*

Препоръка на Съвета от 9 юни 2009 година относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи  
2009/С 151/01

**МЕРКИ:**

3.2.1. Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по промоция на здраве и профилактика на болестите на национално и регионално ниво и надграждане на утвърдената национална политика;

3.2.2. Последователна и целенасочена държавна политика за осъществяване на високоефективен надзор на заразните болести и разходноефективна национална имунизационна политика, успоредно с повишаване знанията на медицинските специалисти и информираността на обществото по въпросите на профилактиката на заразните болести;

3.2.3. Поддържане на висок имунизационен обхват в тясно

взаимодействие с всички ведомства, неправителствения сектор, местната власт с акцент върху обхващането на деца в риск и трудно достъпните групи от населението;

3.2.4. Усъвършенстване на системата за опазване на страната от внос на инфекции с висок епидемичен потенциал в съответствие с Международните здравни правила и за провеждане на ефективен граничен здравен контрол чрез материално и кадрово обезпечаване на дейностите на местно и национално ниво;

3.2.5. Продължаващи национални усилия за рационална антибиотична политика и надзора на антибиотичната резистентност;

### ПОЛИТИКА 3.3. ЕФЕКТИВЕН И КАЧЕСТВЕН ДЪРЖАВЕН ЗДРАВЕН КОНТРОЛ

**Ключови предизвикателства:**

- Значими рискове за здравето, свързани с факторите на околната среда;
- Намален капацитет за осъществяване на дейностите по държавен здравен контрол;
- Липса на утвърдена система за координация и междусекторно сътрудничество по отношение на рисковете за здравето, свързани с факторите на околната среда.

Провеждането на държавен здравен контрол е приоритетно насочено към превантивен контрол на рисковите фактори, които могат да доведат до влошаване както на индивидуалното така и на общественото здраве като цяло и е пряко приложение на политиката на държавата за защита здравето на гражданите. Изпълнението на дейностите по осигуряване на безопасна жизнена среда и мониторинг на факторите на жизнената и околната среда осигурява възможностите за предприемане на информирани, навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето.

През последните години на фона на непрекъснато увеличаващ се брой обекти, подлежащи на контрол и завишени изисквания към квалификацията на кадрите, се създават сериозни кадрови проблеми в регионалните структури. Липсата на квалифицирани кадри, на съвременни информационни технологии и лабораторно оборудване, а също и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на служебните задължения, рефлектира върху качеството на контрола и респективно на поетите ангажменти от страна на България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения.

Тези проблеми определят необходимостта от политически и обществен консенсус за значението на държавния здравен контрол, който да отговаря на потребностите на населението за подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието до средните нива на ЕС.

*„Опасностите на средата са основен фактор за здравето на настоящото и бъдещото поколение. Много здравословни състояния са свързани с околната среда (напр. излагането на замърсяване на въздуха и въздействието на изменението на климата) и те си взаимодействат със социалните детерминанти на здравето.“*

„Здраве 2020“, СЗО

Основната цел на настоящата политика е повишаването на ефективността и качеството на държавния здравен контрол и достигането на високо ниво на съответствие с националните и европейските изисквания на обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда, както и подпомагане подобряване качеството на живота и предотвратяване възникването на рискове за човешкото здраве.

Адекватното и навременно установяване на всяко отклонение от здравните норми и идентифициране на рисковете, които могат да възникнат за здравето на човека, последвано от предприемането на мерки за тяхното отстраняване, изисква непрекъснато усъвършенстване на системите за мониторинг на факторите на жизнената среда, осигуряване на съвременно и високотехнологично оборудване за лабораторната дейност, квалифициран и компетентен човешки ресурс.

Държавният здравен контрол, освен чрез систематични и насочени инспекции, се обективизира с вземане на проби за извършване на анализ от продукти и стоки, произведени в страната и/или пуснати на пазара, както за тяхната безопасност, така и за съответствието им с европейските и национални изисквания за качество. Разработването и прилагане на мерки за усъвършенстване и повишаване качеството на държавния контрол за недопускане предлагането и разпространението на пазара на опасни продукти и стоки ще ограничи ползването и респ. негативното влияние на тези стоки и продукти върху здравето на хората от различни възрастови групи.

От съществено значение е и усъвършенстване на формите и начините за предоставяне на здравна информация на обществеността, както за рисковете за индивидуалното здраве, така и за въведените ограничения относно ползването на питейни и минерални води, води за къпане, продукти и стоки със значение за здравето на човека. Това ще създаде възможност за информиран избор за подобряване на индивидуалното здраве и формиране на навици за здравословен начин на живот.

Стабилното развитие на системата за радиационна защита, в съответствие с международния опит и въведените в практиката съвременни технологии и методи, има важно значение за намаляване на риска при използването на йонизиращи лъчения в медицината, промишлеността, науката и др.

*„Постигане на по-добро здраве и благосъстояние изисква да бъде поставено по-голямо внимание на намаляване излагането на въздействието на околната среда, рисковете и последиците при повишаването на равнопоставеността и укрепването на здравето. Намаляването на опасностите, свързани с въздуха, водата, химическото, хранително-вкусовото и шумовото замърсяване, постигане на всеобщ достъп до безопасна вода и адекватна хигиена, опазване на качеството на питейната вода и насърчаване на основната хигиена може да предотврати повече от една пета от общата тежест на заболяванията и голяма част от смъртните случаи в детска възраст в Европейския регион.“*

„Здраве 2020“, СЗО

За развиване и поддържане на системата за осигуряване на адекватна защита на пациента при медицинско облъчване следва да се предприемат мерки за повишаване на кадровия потенциал и оборудване с подходящи средства за измерване и провеждане на дозиметричен мониторинг. Необходимо е да се доокомплектоват и обезпечат със съвременно оборудване специализираните екипи на МЗ в РЗИ и НЦРРЗ, на които се възлага медицинското осигуряване и защитата на населението от инциденти с химически, радиоактивни и ядрени материали от случаен, естествен и умишлен характер и поддържане на аварийна готовност.

Важен акцент за укрепване на капацитета на системата на общественото здравеопазване, с цел осигуряване на ефективен и качествен държавен здравен контрол е модернизирването и повишаването на административния капацитет и въвеждане на единна информационна система за обмен на данни от мониторинга на факторите на жизнената среда и лабораторния контрол на регионално и национално ниво с цел бърза реакция при идентифициране на отклонения от нормите. Това ще допринесе за създаване на възможности за предприемане на навременни мерки на всички нива по недопускане и ликвидиране на рисковете за населението, предоставяне на съвременни административни услуги и повишаване на доверието в администрацията като цяло.

Поддържането на комуникация и бърз обмен на данни с ведомства и организации на национално и международно ниво ще доведе до защита здравето на населението, осигуряване на безопасни и здравословни условия за живот.

Превантивната дейност по извършване на оценка на здравния риск на инвестиционни предложения ще доведе до недопускане реализирането им, в случаите когато могат да окажат отрицателно въздействие върху факторите на околната среда и влошаване качеството на живот.

Междусекторното сътрудничество за предотвратяване на рисковете, свързани с факторите на околната среда има ключова роля за постигане на целите за устойчиво подобряване на здравето на населението.

*Въпреки че екологичните и здравни интервенции включват широк спектър от участници, различните видове излагане на околната среда (напр. чрез въздуха, водата, почвата, храната, шума и йонизиращи и нейонизиращи лъчения) трябва да се разглеждат като интегрирани детерминанти на здравето и благосъстоянието през целия живот и условията на живот. Сектори като транспорта, управление на водите, канализацията, производството на енергия и селското стопанство играят по-съществена роля за повлияване здравето, отколкото само здравния сектор. Секторът на здравеопазването обаче има водещата роля за насърчаване на интервенции за общественото здраве, като идентифицира рисковете и детерминантите на здравето и осъществява надзор и оценка на ефектите от политики и интервенции.*

„Здраве 2020“, СЗО

**МЕРКИ:**

3.3.1. Повишаване ефективността на държавния здравен контрол на обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда в съответствие с националните и европейските изисквания;

3.3.2. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси;

3.3.3. Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност;

## КОМУНИКАЦИОННА И МЕДИЙНА ПОЛИТИКА

За реализиране на целите, заложи в актуализираната Национална здравна стратегия от изключителна важност е провеждането на устойчива комуникационната и медийна политика с ясни послания относно визията за развитието на системата на здравеопазването.

Специфичните цели на комуникационната политика са насочени към:

➤ осигуряване на информираност на обществеността за целите и мерките в Националната здравна стратегия и за приноса ѝ за здравето и благосъстоянието на хората, както и за икономическото развитие на страната ни;

➤ повишаване нивото на информираност и ангажираност на заинтересовани страни (институции, регионални власти, медии, браншови и неправителствени организации, бизнес среди и др.) в качеството им на основни мултипликатори в процеса на комуникация с обществото и гражданите;

➤ създаване на модели за партньорство между отговорните институции и медиите за ангажиране на обществения интерес към опазване на здравето и развитие на здравния сектор;

➤ осигуряване на прозрачност и публичност на процеса на изпълнение на Националната здравна стратегия.

Комуникационната политика е насочена към няколко целеви групи:

Преки бенефициенти - представителите на националните и регионалните електронни и печатни медии. Основанията за избора на тази целева група се базират на необходимостта от повишаване на информираността им относно дейностите по изпълнението на Националната здравна стратегия и

провокиране на широк обществен интерес към темата.

Косвени бенефициенти - широката общественост в страната, представители на институциите, регионалните и местните власти, международни организации, представители на неправителствени организации, браншови сдружения на бизнеса и др.

Комуникационната политика на Националната здравна стратегия се осъществява в съответствие със следните основни принципи:

Прозрачност - всички дейности по настоящата Национална здравна стратегия ще бъдат широко популяризирани с оглед осигуряване на пълна прозрачност за широката общественост, за идентифицираните целеви групи и всички заинтересовани страни.

Партньорство – комуникационната политика ще бъде изпълнявана в тясно сътрудничество с основните заинтересовани страни и потенциални партньори.

Достъпност - разпространение на информацията достъпен за обществеността и заинтересованите страни език и чрез достъпни средства. Информационните дейности ще се изпълняват като се отчитат конкретните специфични нужди на отделните групи.

Диалогичност - в процеса на провеждане на комуникационните дейности стремежът е постигане на координация и обединение на усилията на всички. С цел осигуряване на подкрепа за провежданите политики от изключителна важност са регулярните контакти с всички целеви групи и заинтересовани страни, особено с медиите.

Медийната политика ще се осъществява последователно, планирано



и целенасочено, за да се постигне насищане на публичното пространство с информация за политиките за развитие на системата на здравеопазване. Ще се създадат традиции за формални и неформални срещи с медиите, отворени дискуссионни кръгове между експерти, медии и неправителствени структури. Основни канали за провеждане на медийната политика на Националната здравна стратегия са всички видове медии с национално и регионално покритие. Националните медии и в момента са основен канал за осъществяване на информационната политика в системата на здравеопазване. С цел осигуряването на пълна прозрачност за провежданите здравни политики и достигането до по-широк обществен кръг ще се използват в по-голям мащаб възможностите на регионалните медии, които познават добре специфичните нужди на местното население. Това ще създаде широка платформа за участие и отношение на всички преки и индиректни; външни и вътрешни заинтересовани страни по проблемите.

Интернет-медиите са все по-предпочитано средство за информиране и общуване, поради което ще се търсят възможности за използване на този комуникационен канал.

Дейностите ще се реализират и чрез възможностите на интернет средата като на сайтът на МЗ и тези на подчинените му структури ще се публикува подробна информация, отнасяща се до изпълнението на Националната здравна стратегия.

Част от партньорството с неправителствените организации в здравния сектор предполага възможността за популяризиране на приоритетите и мерките на Националната здравна стратегия, чрез използването на техните комуникационни канали, включително интернет-страниците им.

Ще бъдат използвани и други методи и инструменти за постигане на целите на комуникационната политика, в т.ч.:

➤ Комуникационна кампания за популяризиране на целите на Националната здравна стратегия. Представянето на приоритетите за развитието на здравната система цели получаването на подкрепа от максимално широк кръг от населението и създаването на благоприятна обществена среда за провеждане на политиките.

➤ Целевите кампании ще продължават да се развиват и да привличат нови участници чрез използването на нови комуникационни техники и механизми, за да се гарантира устойчивост на резултатите. За привличането на нови целеви групи като съпричастни към дейностите за опазване и подобряване на здравето ще бъдат планирани средно- и дългосрочни кампании, насочени към децата и младежите.

Съзнателната комуникационна работа с децата има за цел да превърне тази целева група в основен обществен мултипликатор като възпита в тях правилно отношение към здравето и здравословния начин на живот и създаде приемственост между поколенията.

➤ Ефективен диалог със заинтересованите страни, имащи отношение към осъществяване на политиката за развитие на системата на здравеопазване. В отношенията с пациентските неправителствени организации, съсловните организации, сдруженията на лечебни заведения и работещи в сектора, синдикати и останалите заинтересовани страни в сектора ще се изградят и дългосрочни партньорски модели за работа, за да не бъде общуването чрез кампании инцидентно.

Пациентски неправителствени организации - включването им като

пълноправен партньор в изпълнението на мерки от национални програми, в конкретни кампании, съвместни проекти и предвидения обществен форум ще донесе най-големи ползи в комуникационната работа с обществеността. От добрата работа с НПО сектора ще произтичат и най-съществените резултати, свързани с политиката по публичност, прозрачност и отчетност на резултатите от изпълнението на Националната здравна стратегия;

Съсловни организации, синдикати и сдружения на работещите в сектора - отношенията с тях ще бъдат насочени към създаване на условия за тяхното пълноценно включване в дейностите по реализацията на целите на Националната здравна стратегия. Формите на сътрудничество ще включват консултативни съвети, обединяващи много страни за търсене на решения по различни аспекти, свързани с изпълнението на Националната здравна стратегия, публични събития с фокус представяне на изследвания, анализи и прогнози за развитието на системата на здравеопазване и съвместни форми на обществени осъждения на проблемите в сектора и др.

Научните дружества на медицинските специалисти също ще бъдат привлечени като постоянни партньори в комуникационната политика на Националната здравна стратегия за транслиране към заинтересованите групи в обществото на посланията и дейностите, насочени към подобряване на здравето и утвърждаване на здравословен начин на живот.

Като основна платформа за диалог със заинтересованите страни ще се използва инициативата „Партньорство за здраве“ на Министерство на здравеопазването.

Отговорността за изпълнението на комуникационната политика,

съобразно принципа на партньорство, ще е разпределена между органите, ангажирани в процеса на управление и изпълнение на дейностите по Националната здравна стратегия 2020.

Създаването на „Партньорство за здраве“ е заложено в Концепцията „Цели за здраве 2020“, приета с Решение на Министерския съвет на 18 февруари 2015 г.

*„МЗ се ангажира със създаването и развитието на инициатива „Партньорство за здраве“ като постоянен, динамичен, развиващ се форум за взаимодействие между всички обществени групи, заинтересовани от процесите в системата на здравеопазването, който ще гарантира публичност и прозрачност при вземането на решения ... Крайната цел на политиката е трансформация на модела на управление на здравеопазването от централизиран модел до модел на сътрудничество, който провежда колективно управление чрез широк кръг държавни и обществени участници, включително министерства, парламент, агенции, органи, комисии, фирми, граждани, обществени групи, неправителствени организации и медии.“*

Концепция „Цели за здраве 2020“  
МЗ, 2014

## МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО И ПАРТНЬОРСТВО С НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИЯ СЕКТОР

Прилагането на Националната здравна стратегия 2020 се осъществява чрез комбинация от управленски подходи, които насърчават здравето и благосъстоянието и осигуряват съвместните действия на здравната система и на останалите сектори, на публичните и частните субекти, както и на гражданите в полза на общия интерес.

**Министерски съвет** осъществява цялостната координация и управление на дейностите по изпълнение на Националната здравна стратегия като основен стратегически документ за реализация на националната здравна политика.

**Министерство на здравеопазването** носи отговорност за разработването на план за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия и реализацията на определените национални здравни цели и мерки за подобряване на здравето. То отговаря за оценяване на въздействието на политиките от други сектори върху здравето, за предоставянето на висококачествени медицински дейности и за осигуряване на основните функции на общественото здраве. То също така трябва да проследява как решенията за здравната политика се отразяват върху другите сектори и заинтересовани институции.

Министерство на здравеопазването и неговите структури се ангажират да инициират междусекторни подходи към здравето и да изпълняват функциите на посредници и застъпници на здравето. Това включва акцентирание както на икономическите, социални и политически ползи от доброто здраве, така и на негативните ефекти от лошото здраве и неравенство върху всеки сектор, цялата държава и цялото общество. Във все по-голяма степен ще се обръща

внимание на стратегическите ползи от включването на здравето във всички политики. По този начин здравето ще се издигне на предни позиции в политическия дневен ред и ще се подобри диалогът между различните политически документи по отношение на здравето и неговите детерминанти.

За реализация на Националната здравна стратегия Министерство на здравеопазването се ангажира с подобряване взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации за реализация на техните отговорности по отношение на социалните и екологични детерминанти на здравето:

**Министерство на труда и социалната политика** - основните отговорности на министерството произтичат от огромната роля, която играят социалните фактори върху здравето на населението, в т.ч. трудовата заетост и мрежата за социално подпомагане и грижи, особено за най-уязвимите обществени групи – деца в институции, деца и хора с физически и психически увреждания, възрастни хора, социално слаби и др. Министерството е ангажирано с осигуряване на трудова заетост и безопасни и здравословни условия на труд, както и осигуряване на социални услуги за посочените целеви групи.

Министерството на труда и социалната политика и Министерството на здравеопазването ще си партнират в процеса на интеграция на социалните и здравни услуги в т.ч. деинституционализация на домовете за деца и развитие на дългосрочните грижи, както и в процеса на усъвършенстване на медицинската експертиза и социалната оценка на хората с увреждане.

**Министерство на околната среда и водите** има отговорност за грижата за всички аспекти за състоянието на околната среда и осигуряване на надеждна защита от контаминирането ѝ с вредни за здравето на хората компоненти от химическо, физическо и биологично естество.

**Министерство на образованието и науката** – основните задачи на министерството са свързани с насърчаване на детските градини и училищата да създават среда, подкрепяща здравето и да осигуряват на своите възпитаници, поднесени по подходящ начин знания и умения, необходими за целите на добре информираната и независима преценка за ползите от доброто здраве. Въвеждането на съвременни здравно-образователни програми в детските градини и училищата следва да постави основата на ново индивидуално поведение по отношение на здравето и стила на живот. Във връзка с това Министерството на образованието и науката следва да разшири тематиката на сега действащите здравно-образователни програми в областта на: лична хигиена, храна и здравословно хранене, вредни за здравето индивидуални навици, рискови за здравето фактори на околната среда, предпазване от битов и транспортен травматизъм, вредата от злоупотреба с лекарства, сексуално образование, образование за семеен живот и др.

Дългосрочният ефект на училищното здравно образование е трудно да бъде оценен. Но той би имал огромен успех дори ако доведе до отстраняване само на част от вредните за здравето поведенчески навици.

**Министерството на младежта и спорта**, съвместно с Министерството на образованието и науката, и Министерството на здравеопазването ще съгласуват своята работа по отношение спортните инициативи в училищата и

насърчаване на спортните клубове да развиват ориентирания към здравето спорт. Развитието на училищния спорт ще допринесе, както за укрепване здравето в училищна възраст, така и в живота през следващите степени на възрастовата скала.

**Министерство на земеделието и храните** - основните задачи, които това министерство ще изпълнява се свеждат до гарантиране на безопасността на храните за масова консумация и добива, преработката и продажбата на мляко и млечни продукти, на месо и месни продукти, на зеленчуци и плодове в съответствие със стандартите на Европейския съюз. Отговорност на министерството е организирането на системен контрол върху влагането в храните и питейните продукти на нерегламентирани консерванти, оцветители, овкусители и др. Освен това министерството е ангажирано с провеждане на действия срещу заболяванията у животните известни, като облигатни или факултативни зооантропонози: туберкулоза, бруцелоза, трихинелоза, тениози и др.;

**Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията** - поради високия транспортен травматизъм, оставящ след себе си не малко случаи на тежки наранявания, инвалидизации и смърт, Министерството на транспорта следва да концентрира усилията си в рамките на своята компетентност за осигуряване на пътно-транспортна безопасност и реализиране на доказали своята ефективност и безопасност проекти за пътно строителство.

**Министерството на вътрешните работи** – отговорностите на министерството са свързани с превенция на престъпността, в т.ч. домашното и сексуално насилие, трафика на хора, както и осигуряване на пътно-транспортната безопасност. Особено важни са отговорностите на

министерството, свързани с противопожарната безопасност и защитата на населението при бедствия.

**Министерство на финансите** следва да наблюдава и координира ефективното разходване на публичните ресурси с цел създаване на устойчивост на процесите за подобряване на здравето и здравната система и постигане на синергичен ефект.

От своя страна Министерство на здравеопазването ще подпомага другите сектори при разработването и изпълнението на стратегии и програми от национално и международно значение, имащи пряко или косвено отношение към здравето. В тази връзка ще се насърчава управленските институции на всички нива да обмислят създаването на специални структури и процеси в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите на здравето.

Министерство на здравеопазването и неговите структури също така поемат ангажимент да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти.

От изключително важно значение за реализация на поставените цели е осигуряване на подкрепа и добра колаборация с представителите на религиозните общности в България.

Друг основен партньор за изпълнение на мерките от Националната здравна стратегия са съсловните организации и други сдружения на медицинските специалисти, асоциациите и сдруженията на лечебни заведения, синдикалните организации, както и представителите на бизнеса.

През последните години се наблюдава трайна тенденция неправителствените организации да проявяват активност не само при обсъждането на конкретни предложения, но и при формулирането на

здравни приоритети и политики за обществено здраве.

Наред с това НПО работят по конкретни здравни проекти и защитават определени права на местно и национално ниво. По-активното участие на НПО при реализация на здравните политики ще допринесе за преориентиране на здравната система в посока поставяне на пациента в центъра на системата и нарастване на доверието в нея.

Овластяването на гражданите е от голямо значение за подобряване на здравното състояние, функционирането на здравните системи и удовлетворението на пациентите. Гласът на гражданското общество, включително на частни лица, пациентски организации, младежки организации и представители на третата възраст, е особено полезен за привличане на вниманието към увреждащите здравето ситуации, навици или продукти, както и за установяване на проблемите с качествено изпълнение на медицинска помощ. Този глас е изключително полезен при генерирането на нови идеи и като гаранция за открито, отговорно и ефективно управление.

Едно от основните предизвикателства по отношение на участието на гражданското общество в процесите на вземане на решения в областта на общественото здраве е необходимостта да се създаде култура и механизми за сътрудничество между правещите политиката в областта на общественото здраве и тези, за които тя се прави.

Участието на организациите на гражданското общество в реализацията на целите на Националната здравна стратегия е изключително важно, за да се ангажират обществените нагласи и мотивации за постигане на колективни ползи. Ангажирането на общественото внимание и усилия са от ключово значение за постигане на здравните цели.

## МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

Системата за мониторинг и оценка на Националната здравна стратегия 2020 е част от общата система за мониторинг и оценка на политиките за опазване на здравето и благосъстоянието, фокусирана върху изпълнението на следните документи:

- Национална програма за развитие: България 2020;
- Национална здравна стратегия (2014-2020);
- Свързани със здравето и здравната система програмни документи и планове от средносрочен и краткосрочен характер за дейността на съответните институции и структури.

Обект на мониторинг и оценка са приоритетите и политиките за реализация на националните здравни цели, заложи в Националната здравна стратегия и разработения план за действие към нея.

Мониторингът на Националната здравна стратегия има за цел да осигури ефективни механизми за систематичното и непрекъснато събиране, анализ и използване на информация с цел управленски контрол, идентифициране и предприемане на корективни действия при реализацията на стратегическия документ.

Оценката на изпълнението на Националната здравна стратегия има за цел да установи доколко постигнатите резултати от изпълнението на плана съответстват на обществените очаквания и потребности от развитието на системата на здравеопазване. Мониторингът и оценката са взаимосвързани инструменти, които имат важно значение за качествено и ефективно изпълнение на Националната здравна стратегия. Те се прилагат с цел подпомагане на управленските органи да преценяват обективно въздействието от изпълняваните политики и да подобрят

процеса на планиране, като отчитат както постигнатия напредък, така и негативните ефекти.

Чрез тях се осигурява прозрачността в процеса на прилагане на Националната здравна стратегия, повишава се отговорността на държавните органи пред обществеността и се насърчава участието на заинтересованите страни при реализирането на конкретни политики.

Основни субекти на мониторинга и оценката на изпълнението на Националната здравна стратегия са:

- Министерски съвет;
- Министърът на здравеопазването;
- Представители на съответната администрация (МФ, МТСП, МРРБ, МВР, МОН, МЗХ и др.), отговорни за изпълнението на определени дейности.

Мониторингът и оценката на Националната здравна стратегия се реализира чрез прилагане на принципа на ЕС за тясно сътрудничество със съответните власти на национално, регионално и местно ниво от една страна и с икономическите и социални партньори, от друга.

Консултативни функции по мониторинга и оценката на изпълнението на Националната здравна стратегия имат:

- Висшият медицински съвет;
- Съвет „Партньорство за здраве”.

Към Министерство на здравеопазването се създава Постоянен комитет по наблюдение, контрол и отчитане на резултатите от изпълнението на Националната здравна стратегия 2020.

Мониторингът на изпълнението се базира система от ключови индикатори, посочени в Плана за действие на стратегията съгласно утвърдени Правила за мониторинг и оценка.

В процеса на мониторинг и оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия, както и при актуализация на документа, определените ключови индикатори могат да бъдат подложени на преоценка и корекция, в зависимост от конкретните потребности.

Процесът на мониторинг на изпълнението на Националната здравна стратегия се осъществява непрекъснато и се отчита ежегодно при изготвяне на годишния доклад за здравето на гражданите. Резултатите от годишния мониторинг се отразяват в Обобщаващ годишен доклад за постигнатите резултати при изпълнението на Националната здравна стратегия.

Докладът се изготвя от Постоянния комитет по наблюдение, контрол и отчитане на резултатите от изпълнението на Националната здравна стратегия въз основа на анализ на здравно-демографското състояние и дейността на системата на здравеопазване и резултатите от проведените работни срещи в рамките на „Партньорство за здраве“.

Обобщаващият доклад се внася заедно с ежегодния Доклад за здравето на гражданите в Народното събрание на Република България.

Одобреният обобщаващ доклад се публикува на интернет страниците на Министерски съвет, Министерството на здравеопазването и на Националния център по общественото здраве и анализи.

Процесът на оценяване на изпълнението на Националната здравна стратегия включва извършването на предварителна, междинна и последваща оценка.

Предварителната оценка се извършва преди приемането на документа и служи за база за сравнителен анализ на последващите резултати от изпълнението на Националната здравна стратегия.

Междинната оценка за изпълнението на Националната здравна стратегия се извършва едновременно с междинната оценка на резултатите от прилагането на Националната програма за развитие: България 2020 и изпълнението на предварителните условия в част Здраветопазване по Споразумението за партньорство с ЕК, и се предвижда да бъде направена през декември 2016 г. В зависимост от резултатите от оценката се взема решение за актуализиране на Плана за действие за периода до 2020 г.

Окончателната оценка на резултатите от изпълнението на Националната здравна стратегия следва да бъде осъществена към момента на приключване на срока за реализация на плана през декември 2020 г. На база на резултатите от оценката ще бъде оценено изпълнението и нуждата от актуализация за заложените цели и дейности за развитието на системата на здравеопазване в периода след 2020 г. В зависимост от резултатите срокът на действие на стратегията може да се удължи за определен период от време или да се пристъпи към разработване на нова Национална здравна стратегия.

Резултатите от междинната и последващата оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия се публикуват на интернет страниците на Министерството на здравеопазването и на Националния център по общественото здраве и анализи и се подлагат на широко обществено обсъждане.

Прилагането на посочените инструменти за мониторинг и оценка на политиките за развитие на системата на здравеопазване гарантират приложимост и ефективност на процеса на вземане на решения, свързани с изпълнението на Националната здравна стратегия, основан на периодична и систематична оценка на ресурсите, дейностите и резултатите.

## РИСКОВЕ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Реализацията на Националната здравна стратегия 2020 е възможна в условията на предвидима външна и вътрешна среда в рамките на планираният период.

Основните рискове и ограничения, които могат да доведат до неизпълнението на заложените цели са:

- Липса на политическа и обществена подкрепа за реализация на заложените политики и мерки;
- Влошаване на социално икономическите условия в страната, което ще окаже пряко влияние върху системата на здравеопазване;
- Неустойчивост на структурата, управлението и организацията на националната здравна система;
- Динамичност на нормативната уредба, регламентираща дейностите в системата на здравеопазване (закони и подзаконова нормативна рамка);
- Неефективно междуинституционално и междусекторно сътрудничество, в т.ч на европейско и международно ниво;
- Засилване на негативните обществени нагласи по отношение на системата на здравеопазване;
- Липса на достатъчно финансови средства за изпълнение на политиките;
- Невъзможност за ангажиране на субектите в системата на здравеопазване (НЗОК, лечебни заведения, съсловни организации и др.) за осъществяване на планираните дейности;
- Наличие на значителни форсмажорни обстоятелства – природни и предизвикани от човека бедствия, в т.ч. епидемии от заразни заболявания;
- Намаляване на капацитета за управление, организация и изпълнение на дейностите в системата на здравеопазване, в т.ч. чрез отлив на кадри и влошаване на качеството на медицинското образование и квалификация;

Идентифицираните рискове и предизвикателства следва да бъдат

своевременно анализирани и оценени, за да могат да бъдат управлявани чрез предприемане на подходящи действия.

Неизпълнението на заложените в Националната здравна стратегия стратегически цели и политики от своя страна са свързани със значителни рискове и ограничения за здравето и благополучието на българските граждани и за социално-икономическото състояние на страната:

- Влошаване на здравно-демографската характеристика на населението на Република България.
- Значително отклонение от средноевропейските показатели за смъртност, детска смъртност, средна продължителност на живот и др.
- Невъзможност за изпълнение на ангажиментите на страната за гарантиране на правото на здраве и подобряване на благосъстоянието;
- Влошаване на международния имидж и туристическия потенциал на страната поради невъзможност за осигуряване на качествено и безопасно здравно обслужване на чужди граждани;
- Влошаване на социално-икономическите условия и трудовата заетост в регионите, особено в селските райони;
- Запазване или намаляване на приноса на здравния сектор за формиране на брутна принадена стойност на страната;

Посочените рискове и ограничения следва да се имат предвид в процеса на планиране, управление и мониторинг на Националната здравна стратегия 2020.



**СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ:**

<b>АМР</b>	- Антимикробната резистентност
<b>БВП</b>	- Брутен вътрешен продукт
<b>ВБИ</b>	- Вътреболнични инфекции
<b>ДКЦ</b>	- Диагностично-консултативен център
<b>ЕС</b>	- Европейски съюз
<b>ЕК</b>	- Европейска комисия
<b>ЕП</b>	- Европейски парламент
<b>ИКТ</b>	- Информационни и комуникационни технологии
<b>МВР</b>	- Министерство на вътрешните работи
<b>МВФ</b>	- Международен валутен фонд
<b>МЗ</b>	- Министерство на здравеопазването
<b>МЗХ</b>	- Министерство на земеделието и храните
<b>МОН</b>	- Министерство на образованието и науката
<b>МРРБ</b>	- Министерство на регионалното развитие и благоустройството
<b>МС</b>	- Министерски съвет
<b>МТСП</b>	- Министерство на труда и социалната политика
<b>МФ</b>	- Министерство на финансите
<b>МЦ</b>	- Медицински център
<b>НЗОК</b>	- Национална здравноосигурителна каса
<b>НПО</b>	- Неправителствени организации
<b>НСИ</b>	- Национален статистически институт
<b>НЦОЗА</b>	- Национален център по обществено здраве и анализи
<b>НЦРРЗ</b>	- Национален център по радиобиология и радиационна защита
<b>ООН</b>	- Организация на Обединените нации
<b>РЗИ</b>	- Регионална здравна инспекция
<b>РЗОК</b>	- Районна здравноосигурителна каса
<b>СЗО</b>	- Световна здравна организация
<b>СБ</b>	- Световна банка
<b>ЦСМП</b>	- Център за спешна медицинска помощ
<b>DALYs</b>	- Години живот в боледуване или инвалидност
<b>ECDC</b>	- Европейски център за превенция и контрол на заболяванията
<b>WHO/EUROPE</b>	- Световна здравна организация/Европа

**ИЗПОЛЗВАНИ ИЗТОЧНИЦИ:**

- <sup>1</sup> Национална здравна стратегия (2014-2020) -  
[http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia\\_2014-2020.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia_2014-2020.pdf)
- <sup>2</sup> Националната програма за развитие „България 2020“ -  
<http://www.eufunds.bg/bg/page/809>
- <sup>3</sup> Стратегия на СЗО за хроничните заболявания -  
[http://www.who.int/nmh/publications/wha\\_resolution53\\_14/en/](http://www.who.int/nmh/publications/wha_resolution53_14/en/)
- <sup>4</sup> Благосъстоянието на децата в ранното детство в България, Сборник доклади 2010, Боян Захариев, д-р Лазарина Ядкова, доц. Любослава Пенева, Илко Йорданов, автори Институт „Отворено общество” – София –  
<https://www.unicef.bg/assets/PDFs/new/44.pdf>
- <sup>5</sup> Национален статистически институт -  
<http://www.nsi.bg/>
- <sup>6</sup> Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г. -  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=907>
- <sup>7</sup> Конвенцията на ООН за правата на детето -  
[http://www.unicef.org/magic/media/documents/CRC\\_bulgarian\\_language\\_version.pdf](http://www.unicef.org/magic/media/documents/CRC_bulgarian_language_version.pdf)
- <sup>8</sup> Доклад от 2015 г. относно застаряването на населението: икономически и бюджетни прогнози за периода 2013—2060 г. -  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2015/pdf/ee3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf)
- <sup>9</sup> Програма за превенция на самоубийствата в Република България -  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=860>
- <sup>10</sup> Анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България, Доклад на Световна банка, 2015 г.
- <sup>11</sup> Окончателен доклад с препоръки за реформиране на сектора на лекарствените продукти в България –  
[http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/06/16/okonchatalen-doklad-s-preporuki-za-reformirane-na-farmaceutichniq-sector-v-bulgariq.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/06/16/okonchatalen-doklad-s-preporuki-za-reformirane-na-farmaceutichniq-sector-v-bulgariq.pdf)
- <sup>12</sup> Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г. –  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=939>
- <sup>13</sup> Сметчане на икономическото въздействие на застаряването на населението. Възможни варианти за България -  
[http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/09/17/000356161\\_20130917170805/Rendered/PDF/789790PRSP0BUL00Box0379828B00OUO090.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/09/17/000356161_20130917170805/Rendered/PDF/789790PRSP0BUL00Box0379828B00OUO090.pdf)
- <sup>14</sup> Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. –  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861>
- <sup>15</sup> Стратегията за национална сигурност на Република България –  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=671>

**ДРУГИ ИЗТОЧНИЦИ:**

1. Регламент на Европейския парламент и Съвета за създаване на Програма „Здраве за растеж”  
[http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop\\_prog2014\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_bg.pdf)
2. Доклад „Бъдещето на общественото здравеопазване“, Институт по медицина на САЩ
3. „Здраве 2020”, СЗО  
<http://ncphp.government.bg/pechat-3.html>
4. Конституция на СЗО  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
5. Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия за 2012 г., НЦОЗА  
<http://ncphp.government.bg/files/doklad-zdrave-2012-last.pdf>
6. Декларацията от Москва за здравословния начин на живот и контрола на незаразните болести, СЗО, 2011 г.
7. Национална здравна стратегия (2014-2020)  
[http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia\\_2014-2020.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia_2014-2020.pdf)
8. Стратегическа рамка на политиката на здравеопазването за подобряване на здравето (2014-2020)  
[http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/08/strategicheska-ramka\\_2014-2020.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/strategicheska-ramka_2014-2020.pdf)
9. Политическа декларация от Рио за социалните детерминанти на здравето  
<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
10. Цели за развитие на хилядолетието на ООН  
[http://cwsp.bg/upload/docs/MDG\\_presentation.pdf](http://cwsp.bg/upload/docs/MDG_presentation.pdf)
11. Благосъстоянието на децата в ранното детство в България, Сборник на УНИЦЕФ България и Гражданско дружество „Експертни анализи” към Институт „Отворено общество” – София  
<https://www.unicef.bg/assets/PDFs/new/44.pdf>
12. Здраве и развитие на юношите в контекста на Конвенцията за правата на детето Комитет по правата на детето на ООН, Общ коментар № 4 (2003)  
[http://unicef.bg/assets/CRC\\_Materials/GC\\_BG/GC\\_4\\_BG.pdf](http://unicef.bg/assets/CRC_Materials/GC_BG/GC_4_BG.pdf)
13. ЕВРОПА 2020: Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж -  
<http://www.strategy.bg/Publications/View.aspx?lang=bg-BG&Id=124>
14. Стратегическа рамка по безопасност и здраве при работа 2014-2020  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332>
15. Бедността пред нас – развитие на социалните услуги -  
<http://www.caritas.bg/Documents/Izdania/Poverty-among-us/2014.pdf>
16. Европейски пакт за психично здраве и благоденствие  
[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_bg.pdf)
17. Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г.: Подновен ангажимент за Европа без бариери  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0636&from=BG>

18. Конвенция на ООН за правата на хората с увреждания  
[file:///D:/Downloads/Convention\(1\)%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/Convention(1)%20(1).pdf)
19. „От инвалиди към хора с увреждания“, Правата на хората с увреждания в България, Преглед 2001 г.  
[http://www.cil.bg/userfiles/library/pregled/pregled\\_2001.pdf](http://www.cil.bg/userfiles/library/pregled/pregled_2001.pdf)
20. Становище на Европейския икономически и социален комитет относно Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г.: Подновен ангажимент за Европа без бариери“, COM(2010) 636  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0636&from=EN>
21. Резолюция на ЕП Въздействие на кризата върху достъпа на уязвими групи до грижи, (2013/2044(INI))  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2013-0328+0+DOC+XML+V0//BG>
22. „България. Систематичен анализ на страната. Потенциалът на България за устойчив растеж и споделен просперитет“, Доклад на Световна банка, 2015 г.
23. Анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България, Доклад на Световна банка, 2015 г.
24. Секторен анализ „Финансиране и управление на здравеопазването“, Министерство на финансите на Република България  
[file:///D:/Downloads/Health\\_sector\\_analysis\\_Final%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/Health_sector_analysis_Final%20(1).pdf)
25. P. Gottret and G. Schieber, Health Financing Revisited, Световна банка, 2006  
<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>
26. Окончателен доклад с препоръки за реформиране на сектора на лекарствените продукти в България, Световна банка, март 2015  
[http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/06/16/okonchatalen-doklad-s-preporuki-za-reformirane-na-farmaceutichniq-sector-v-bulgariq.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/06/16/okonchatalen-doklad-s-preporuki-za-reformirane-na-farmaceutichniq-sector-v-bulgariq.pdf)
27. Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г., МЗ  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=939>
28. Споразумение за партньорство на Република България, очертаващо помощта от европейските структурни и инвестиционни фондове за периода 2014-2020 г.  
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=918>
29. Бележки по политиката за реформа на здравния сектор, Световна банка, 2013 г.  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/03/17879356/bulgaria-health-sector-diagnosis-policy-note>
30. „Оптимизиране на болничния капацитет: уроци от естонския опит“, Хокинс, 2010
31. Проект на програма за развитие на електронното здравеопазване, 2014 г., МЗ  
<http://www.strategy.bg/publicconsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1510>
32. Зелена книга за работната сила в здравния сектор в Европа  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_bg.pdf)
33. “Evaluating the Quality of medical Care”, Donabedian, Av.
34. Национален рамков договор, 2015 г.  
<http://www.nhif.bg/web/guest/700>
35. „Разходи, качество и резултати в здравеопазването“, Книга на термините на ISPOR
36. Изявление в Аделаида за здравеопазването във всички политики, СЗО, 2010
37. „Поддържане на здравето в Европа: нашата визия за бъдещето“, Цели и стратегии на ECDC

---

[http://ecdc.europa.eu/bg/publications/Publications/0811\\_COR\\_Protecting\\_Health\\_in\\_Europe.pdf](http://ecdc.europa.eu/bg/publications/Publications/0811_COR_Protecting_Health_in_Europe.pdf)

38. Препоръка на Съвета от 9 юни 2009 година относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи 2009/C 151/01

[http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_bg.pdf)