

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ЧЕТИРИДЕСЕТ И ВТОРО НАРОДНО СЪБРАНИЕ

КОМИСИЯ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Д О К Л А Д

Относно: Национална здравна стратегия 2014 - 2020 г., № 402-03-1, внесена от Министерския съвет на 22 януари 2014 г.

На четири свои редовни заседания, проведени на 06 февруари, 27 февруари, 13 март и 03 април 2014 г., Комисията по здравеопазването разгледа и обсъди Национална здравна стратегия 2014 - 2020 г., № 402-03-1, внесена от Министерския съвет на 22 януари 2014 г.

В заседанията взеха участие: д-р Таня Андреева, министър на здравеопазването, д-р Бойко Пенков - заместник-министър на здравеопазването, проф. д-р Чавдар Славов – заместник-министър на здравеопазването, проф. Любомир Иванов – съветник на министъра на здравеопазването, д-р Цветан Райчинов, председател на Българския лекарски съюз, д-р Борислав Миланов – председател на Българския зъболекарски съюз, г-жа Милка Василева, председател на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, проф. Илко Гетов, председател на Българския фармацевтичен съюз, представители на синдикални, съсловни и неправителствени организации в областта на здравеопазването, както и национални консултанти по различни медицински специалности.

Одобрената с решение № 27 на Министерския съвет от 21 януари 2014 г. Национална здравна стратегия 2014-2020 г. беше представена от съветника на министъра на здравеопазването, проф. Любомир Иванов. В изложението си проф. Иванов поясни, че приемането на Национална здравна стратегия е предварително изискване от Европейската комисия за участие на нашата страна и другите държави-членки в споразумението за партньорство с нея. Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. е стратегически документ, който формулира политика, основана на стойности, ориентирана към постигане на определени цели, които да доведат до повишаване на здравето на нацията и до ограничаване на здравните неравенства.

В стратегията са очертани **приоритети** в сферата на здравеопазването в Република България за периода 2014-2020 г., в съответствие с Националната програма за развитие на България 2020 г., както следва:

Приоритетна област 1. „Гарантиране на всеки български гражданин на надеждна система на здравно осигуряване, достъп до качествена медицинска помощ и здравно обслужване”.

Приоритетна област 2. „Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното здравеопазване с цел пълна прозрачност и ефективно използване на наличните ресурси”.

Приоритетна област 3. „Рационализиране на системите за финансово управление и контрол в здравеопазването”.

Приоритетна област 4. „Укрепване и модернизирание на системата за спешна медицинска помощ”.

Приоритетна област 5. „Регионална политика със специално внимание върху подкрепата на лечебните заведения в отдалечените и малки региони на страната”.

Приоритетна област 6. „Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване”.

Приоритетна област 7. „Устойчиво развитие на човешките ресурси с акцент специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение”.

Приоритетна област 8. „Преориентиране на здравната система към профилактиката и предотвратяването на социално-значимите заболявания”.

Въз основа на набелязаните приоритети са разработени следните **пет стратегически цели** на стратегията:

- Стратегическа цел 1: Подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието на населението до средните нива на ЕС.
- Стратегическа цел 2: Трансформиране на здравната система за осигуряване достъпно и качествено здравно обслужване.
- Стратегическа цел 3: Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното и мобилно здравеопазване.
- Стратегическа цел 4: Осигуряване на капацитета на човешките ресурси за посрещане на нарастващите здравни потребности.
- Стратегическа цел 5: Развитие на научните знания и иновации.

Всяка една от посочените стратегически цели съдържа задачи за изпълнение. На базата на посочените пет стратегически цели и в изпълнение на ангажиментите за постигане на приоритетите по Стратегия „Европа 2020” са изготвени единадесет ключови **политики** и **план за действие**, съобразен с финансовите възможности на отрасъла.

Политика 1: „Ефективно управление (ръководство) на здравеопазването за успешно постигане на стратегическите цели”.

Политика 2: „Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление”.

Политика 3: „Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората”.

Политика 4: „Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности адекватни на техните здравни потребности”.

Политика 4.1: „Създаване на ефективни системи за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности”.

Политика 4.2: „Модернизирание на дейността на системата за спешна извънболнична медицинска помощ”.

Политика 4.3: „Развитие на първичната медицинска помощ и създаване на условия за пълноценно и ефективно използване на потенциала на модела на общата медицинска практика и ефективната координация със СИМП”.

Политика 4.4: „Оптимизация на болничната помощ – създаване на баланс между потребностите от хоспитализации, организацията на системата, количеството и качеството на ресурсите за тяхното задоволяване” .

Политика 4.5: „Ограничаване на възможностите за неформални плащания в здравеопазването и антикорупционни политики”.

Политика 5: „Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести”.

Политика 6: „Осигуряване на ефективна грижа на уязвими групи от населението”.

Политика 6.1: „Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18 г.”.

Политика 6.2: „Модерно психиатрично обслужване на хора с хронични психични разстройства”.

Политика 6.3: „Създаване на условия за достоен живот чрез ефективни форми за обслужване на възрастните хора”.

Политика 6.4: „Достойна грижа за хората с трайни увреждания”.

Политика 6.5: „Целенасочени усилия към подобряване здравето и благосъстоянието на уязвими групи от обществото”.

Политика 7: „Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищното здравеопазване”.

Политика 8: „Регионална здравна политика, основана на доказателства”.

Политика 9: „Здравни технологии, иновации и инвестиции”.

Политика 10: „Развитие на електронното здравеопазване”.

Политика 11: „Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията”.

Политиките включват основни насоки, мерки и очаквани резултати от изпълнението.

По време на заседанията беше проведено задълбочено обсъждане на приоритетите, целите и политиките в Националната здравна стратегия 2014-2020 г.

В хода на дискусиите бяха зададени въпроси към представителите на Министерството на здравеопазването във връзка с реализирането на политиките по стратегията. Подчертана бе необходимостта от последователност и приемственост в процеса на изпълнение на стратегията.

Професор Любомир Иванов информира народните представители за предстоящото сътрудничество на Министерството на здравеопазването и експерти от Световната банка във връзка с изготвянето на нов модел на здравноосигурителната система в България и финансирането на здравеопазването. Той допълни, че в момента се работи по съставянето на Национална здравна карта, като се отчита становището по този въпрос, дадено от Комисията за защита на конкуренцията.

Заместник-министърът на здравеопазването, д-р Бойко Пенков, уведоми членовете на Комисията по здравеопазването за получената положителна оценка от страна на генерална дирекция „Здравеопазване и защита на потребителите” към Европейската комисия за изготвената от България Национална здравна стратегия 2014-2020 г.

В хода на дискусиите беше обсъден въпросът за липсата на мерки за преодоляване на демографската криза в страната. Представители на Министерството

на здравеопазването обясниха, че за успешното решаване на демографските проблеми е необходима комплексна политика и обединяване на усилията на Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика. Мерки, за решаването на този проблем, са заложили в първата цел на стратегията, а именно „Подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието на населението до средните нива на Европейския съюз”.

Беше обсъдено становището на ръководителите на Катедри по психиатрия към Медицинските университети в София, Варна и Пловдив и на председателя на Българската психиатрична асоциация, които изразиха несъгласие с текст от плана за действие към стратегията, предвиждащ **„Разработване и въвеждане в практиката на клинични пътеки по основни психиатрични диагнози”**. Според тях, съгласно Закона за здравето, съществува задължение на държавата да финансира стационарната психиатрична помощ, независимо от здравноосигурителния статут на лицата - български граждани. С въвеждането на клинични пътеки по основни психиатрични заболявания, този принцип няма да бъде спазен, и оказването на психиатрична помощ на гражданите, в определени случаи, ще зависи от това дали са здравноосигурени. В отговор на така изразеното становище, проф. Любомир Иванов обясни, че въвеждането на клинични пътеки по основни психиатрични заболявания ще бъде направено след анализ на възможностите и условията това да се случи.

Свои становища по Националната здравна стратегия 2014-2020 г. представиха и съсловните организации от сферата на здравеопазването.

Българският зъболекарски съюз изрази подкрепа за стратегията, подчертавайки, че направените от съюза предложения, по време на общественото обсъждане на документа, са отразени в окончателните текстове на стратегията.

Българският лекарски съюз, от своя страна, обръща внимание на липсата на яснота как точно ще се промени здравноосигурителния модел и реформира системата на болничната медицинска помощ.

Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи подкрепя поставения акцент в стратегията върху промоцията на здравето и профилактиката на болестите, както и насочеността на политиките срещу рисковите фактори на общественото, семейното и индивидуалното здраве и към активната превенция на хроничните заболявания, а не само към ефективното им лечение.

Българският фармацевтичен съюз прави препоръка за включване в стратегията на Концепция за национална лекарствена политика. Във връзка със становището на съсловната организация на фармацевтите бяха направени предложения от народни представители за допълнения в текстове на стратегията, които комисията подкрепи.

В хода на проведената дискусия бяха направени предложения за допълнения с цел усъвършенстване на определени текстове от стратегията, които бяха подкрепени от Комисията по здравеопазването, както следва:

1. Предложение на н.п. Семир Абу Мелих:

Към политика 2 : „Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление”, в текста на последната по ред насока на стр. 31 : "▪ Отпадане на задължението и въвеждане на обективни критерии при договаряне с лечебните заведения и при сключването на договори за извършване на дейности и финансиране от НЗОК" **да се добави** текст (условие) със следното съдържание: **"след разнообразяване на източниците на**

финансиране, с което да се създадат възможности за демонополизация на финансовата система."

2. Предложения на н.п Иван Ибришимов и Красимир Мурджев :

1. В списъка на съкращенията на стр. 4 под текста „БЛС – Български лекарски съюз” да се прибави текст : „БФС - Български фармацевтичен съюз”.

2. Към политика 1: „Ефективно управление (ръководство) на здравеопазването за успешно постигане на стратегическите цели”, след последната мярка на стр. 30: „● Включване на професионалните организации на медицинските специалисти и на гражданското общество във вземането на решения за промени в състоянието и ефективността на управление в здравеопазването;” **да се добавят следните мерки:**

„● Въвеждане и изпълнение на Концепция за национална лекарствена политика;”

„● Създаване на национална аптечна карта с цел проследимост на нуждите на населението и подобряване на достъпа на пациентите до лекарствена терапия за домашно лечение.”.

3. Към политика 2: „Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление”, след последната мярка на стр. 33: „▪ Промяна в технологията на приемане на НРД след съответни промени в Закона на здравното осигуряване и Закона за професионално-съсловните организации.” **да се добави следната мярка:**

„▪ Създаване на устойчива финансова рамка при прогнозиране на ресурсите за достъп до съвременни и качествени лекарствени продукти.”.

4. Към политика 3: „Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората”, след мярката : „▪ Въвеждане на система за периодична ресертификация на лекарите с придобитата специалност, като форма на професионален контрол върху тяхната компетентност;” **намираща се стр. 35 да се добави следната мярка:**

„▪ Въвеждане на система за периодична сертификация от БФС на магистър - фармацевтите относно преминалите форми на продължаващо обучение, като форма на професионален контрол върху тяхната компетентност;”.

5. В текста след заглавието на политика 4: „Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности адекватни на техните здравни потребности” на стр. 37 **да се добави** последно изречение със следното съдържание:

„Промените следва да гарантират и равен достъп до качествени лекарствени продукти.”.

6. Към Политика 4.1.: „Създаване на ефективни системи за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности”, след последната мярка на стр. 39: „▪ Приемане на национален план за въвеждане на иновации в областта на здравеопазването и неговата децентрализация по специалности, РЗИ и лечебни заведения.” **да се добавят** следните мерки:

„▪ Въвеждане на ефективна система на проследимост и промоция на рационална употреба на лекарствени продукти;”

„▪ Доразвиване и прилагане на правила за добра фармацевтична практика и фармацевтичен мениджмънт, основани на научни доказателства;”

„▪ Усъвършенстване на нормативната уредба, касаеща качеството на фармацевтичната помощ.”

7. Към политика 10: „Развитие на електронното здравеопазване”, към мярката „● Разширяване и надграждане на модулите на здравно-информационната система, чрез: ” на стр. 73 преди текста на първото по ред тире: „ - обмен на информация в реално време между заетите в сферата на здравеопазването на електронни направления, електронни рецепти, лабораторни данни и изследвания;” да се **добави** текст със следното съдържание:

„ - въвеждане на електронна рецепта;” .

След проведената дискусия, направените предложения за допълнение на текстовете от стратегията и след гласуване при следните резултати: “За” – 10, “Против” – няма и ”Въздържали се - 6”, Комисията по здравеопазването предлага на Народното събрание да приеме решение за приемане на Национална здравна стратегия 2014-2020 г., № 402-03-1, внесена от Министерския съвет на 22 януари 2014 г., заедно с подкрепените от комисията предложения за допълнения на стратегията.

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

Д-Р НИГЯР ДЖАФЕР

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ЧЕТИРИДЕСЕТ И ВТОРО НАРОДНО СЪБРАНИЕ

ПРОЕКТ

РЕШЕНИЕ

за приемане на Национална здравна стратегия 2014 - 2020 г.

Народното събрание на основание чл. 86, ал. 1 от Конституцията на Република България и чл. 3, ал. 2 от Закона за здравето

РЕШИ:

Приема Национална здравна стратегия 2014 - 2020 г. (приложение).

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**НАЦИОНАЛНА
ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ
(2014-2020)**

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ	4
ВЪВЕДЕНИЕ	6
ПОЛИТИЧЕСКИ КОНТЕКСТ	10
ЕВРОПЕЙСКИ КОНТЕКСТ	13
НАЦИОНАЛНИ ИЗМЕРЕНИЯ	16
КЛЮЧОВИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА	19
ВИЗИЯ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ (2014-2020)	20
НОВАТА ВИЗИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА	21
НАЦИОНАЛНИ ПРИОРИТЕТИ, ЦЕЛИ И ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	23
ПРИОРИТЕТИ	23
ЦЕЛИ	24
ПОЛИТИКИ	28
ПОЛИТИКА 1: Ефективно управление (ръководство) на здравеопазването за успешно постигане на стратегическите цели	28
ПОЛИТИКА 2: Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление	31
ПОЛИТИКА 3: Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората	34
ПОЛИТИКА 4: Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности адекватни на техните здравни потребности	37
ПОЛИТИКА 4.1: Създаване на ефективни системи за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности	37
ПОЛИТИКА 4.2: Модернизиране на дейността на системата за спешна извънболнична медицинска помощ	39
ПОЛИТИКА 4.3: Развитие на първичната медицинска помощ и създаване на условия за пълноценно и ефективно използване на потенциала на модела на общата медицинска практика и ефективната координация със СИМП	41
ПОЛИТИКА 4.4: Оптимизация на болничната помощ – създаване на баланс между потребностите от хоспитализации, организацията на системата, количеството и качеството на ресурсите за тяхното задоволяване	43

ПОЛИТИКА 4.5: Ограничаване на възможностите за неформални плащания в здравеопазването и антикорупционни политики	45
ПОЛИТИКА 5: Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести	48
ПОЛИТИКА 6: Осигуряване на ефективна грижа на уязвими групи от населението	53
ПОЛИТИКА 6.1: Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18г.	53
ПОЛИТИКА 6.2: Модерно психиатрично обслужване на хора с хронични психични разстройства	54
ПОЛИТИКА 6.3: Създаване на условия за достоен живот чрез ефективни форми за обслужване на възрастните хора	57
ПОЛИТИКА 6.4: Достойна грижа за хората с трайни увреждания	60
ПОЛИТИКА 6.5: Целенасочени усилия към подобряване здравето и благосъстоянието на уязвими групи от обществото	62
ПОЛИТИКА 7: Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване	64
ПОЛИТИКА 8: Регионална здравна политика, основана на доказателства	67
ПОЛИТИКА 9: Здравни технологии, иновации и инвестиции	69
ПОЛИТИКА 10: Развитие на електронното здравеопазване	72
ПОЛИТИКА 11: Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията	74
ИЗПЪЛНЕНИЕ И МОНИТОРИНГ	76
1. Отговорни и ангажирани институции	76
2. Системна оценка	77
2.1. Първа група: показатели за постигане на здраве за всички	77
2.2. Втора група: показатели за ефективността от действията, насочени към предотвратяване на болестите	78
2.3. Трета група: изготвяне и прилагане на интегрирани (обобщени) показатели за оценка на ефективността от изпълнението на петте национални здравно-политически цели	79
РЕЗЮМЕ	80

ПРИЛОЖЕНИЯ

- Приложение 1: Здраве и здравеопазване – актуално състояние
- Приложение 2: Финансов план
- Приложение 3: План за действие

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БАН	- Българска академия на науките
БАПЗГ	- Българска асоциация на специалистите по здравни грижи
БВП	- Брутен вътрешен продукт
БЗС	- Български зъболекарски съюз
БЛС	- Български лекарски съюз
БФС	- <u>Български фармацевтичен съюз</u>
ДВ	- Държавен вестник
ДКЦ	- Диагностично-консултативен център
ДМСГД	- Дом за медико-социални грижи за деца
ДОО	- Държавното обществено осигуряване
ДПБ	- Държавна психиатрична болница
ДСГ	- Диагностично-свързани групи
ЕМП	- Електромагнитни полета
ЕС	- Европейски съюз
ЗЗБУТ	- Закон за здравословни и безопасни условия на труд
ИМП	- Изпълнители на медицинска помощ
ЙЛ	- Йонизиращи лъчения
КЦМ	- Комбинат за цветни метали
ЛЗ	- Лечебни заведения
МВР	- Министерство на вътрешните работи
МДК	- Медодобивен комбинат
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МК	- Металургичен комбинат
МО	- Министерство на отбраната
МП	- Министерство на правосъдието
МУ	- Медицински университет
МФ	- Министерство на финансите
МЦ	- Медицински център
НЗОК	- Национална здравноосигурителна каса
НЙЛ	- Нейонизиращи лъчения
НПО	- Неправителствена организация
НПР	- Национална програма за развитие
НРД	- Национален рамков договор
НСИ	- Национален статистически институт
НЦОЗА	- Национален център по обществено здраве и анализи
НЦРРЗ	- Национален център по радиобиология и радиационна защита
ООН	- Организация на обединените нации
ОПЛ	- Общопрактикуващ лекар
ОРЗ	- Остри респираторни заболявания
ОЦК	- Оловно-цинков комбинат
ПИМП	- Първична извънболнична медицинска помощ
РЗИ	- Регионална здравна инспекция
РЗОК	- Районна здравноосигурителна каса
СЗО	- Световна здравна организация
СИМП	- Специализирана извънболнична медицинска помощ
СПИН	- Синдром на придобитата имунна недостатъчност
ТЗ	- Трудова злополука

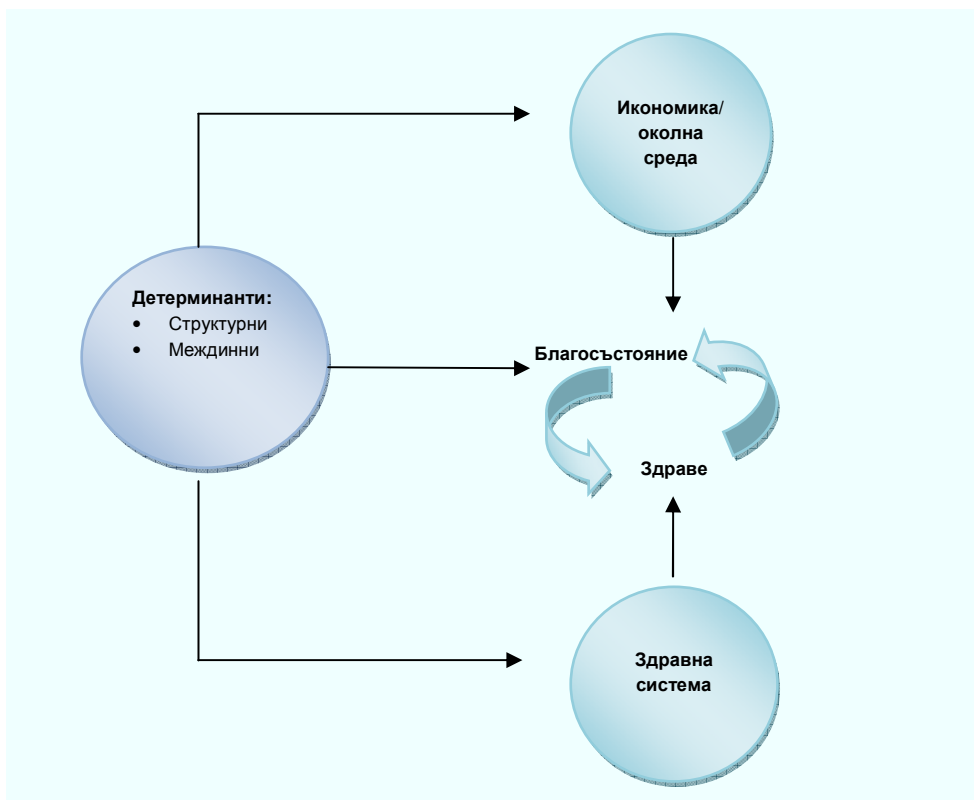
ФСМП	- Филиал за спешна медицинска помощ
ХИВ (HIV)	- Човешки имунодефицитен вирус (Human Immunodeficiency Virus)
ЦПЗ	- Център за психично здраве
ЦСМП	- Център за спешна медицинска помощ
APG	- Амбулаторно-пациентските групи (Ambulatory Patient Group)
dft	- Среден брой кариозни и obtурирани временни зъби на 1 прегледано лице
DMFT	- Среден брой кариозни, obtурирани и екстрахирани постоянни зъби на 1 прегледано лице
ESPAD	- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици)
IARC	- International Agency for Research on Cancer (Международна агенция за изследвания на рака)
SARS	- Severe acute respiratory syndrome (Тежък остър респираторен синдром)
UNGASS-AIDS	UNGASS-AIDS - United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето като неотменимо човешко право и „състояние на пълно физическо, психическо и социално благосъстояние, а не само липсата на болест или недъг”¹, може да бъде концептуализирано като част от благосъстоянието – едновременно като негова детерминанта и като краен резултат. През последните десетилетия то се превръща в метафора за успеха на всяка държава.

Основните елементи на обективното благосъстояние включват условията на живот на хората и техните възможности да реализират своя потенциал – възможности, които по принцип трябва да бъдат разпределени справедливо между всички хора без всякаква дискриминация. Равният шанс за здраве е част от реалното благосъстояние (WHO/EURO, 2012) (фиг.1).

Фиг.1. Здраве и благосъстояние: преглед на детерминантите



Източник: Measurement of and target-setting for well-being, WHO/EURO, 2012

Същевременно благосъстоянието и здравето са интерактивни понятия с някои общи детерминанти, като например здравната система. Други детерминанти включват по-широкия политически, икономически и социален контекст, както и междинни

¹ Определение на СЗО за здраве от Преамбюл към Конституцията на СЗО, както е приета от Международната здравна конференция от Ню Йорк, 19-22 юни 1946; подписана на 22 юли 1946 от представителите на 61 държави и влязла в сила на 7 април 1948.

(опосредстващи) фактори, като социалната стратификация, включеност и сплотеност на обществото, или експозиции, които могат да увеличат/намалят степента на уязвимост на населението.

В Националната здравна стратегия (2014-2020) се възприема ценностният подход към въпроса за социалните детерминанти на здравето (фиг.2). Лошото здраве на бедните, както и изразената несправедливост по отношение на здравето между различни социални групи се предизвикват от неравномерното разпределение на власт, доходи, стоки и услуги на национално ниво. Тази несправедливост намира силен и непосредствен израз в реалните условия на живот, особено на най-уязвимите групи, на достъпа до медицинска помощ, жилище, образование, условия на работа и отдих. Колкото по-ниско е социалното положение на човека, толкова по-лошо е неговото здраве. Социалната несправедливост убива хората в масови мащаби.

В ценностната система на българските граждани здравето винаги е заемало едно от челните места. Особена ценност представляват също сигурността и безопасността, които са свързани със здравето на нацията в контекста на благосъстоянието.

Основна функция и грижа на държавата е опазване и възстановяване на здравето и повишаване на качеството на живот на всеки български гражданин. Здравето е не само право на всеки гражданин, гарантирано от Конституцията на страната, но и задължение на всеки, свързано със спазването на законодателството и поддържането на здравословен начин на живот, водещ до по-високо благосъстояние.

След присъединяването на България към Европейския съюз през 2007 година страната ни се превърна в една от многото демократични страни с отворена пазарна икономика, която започна да се влияе от общите глобализационни процеси – финансови, икономически и социално-политически.

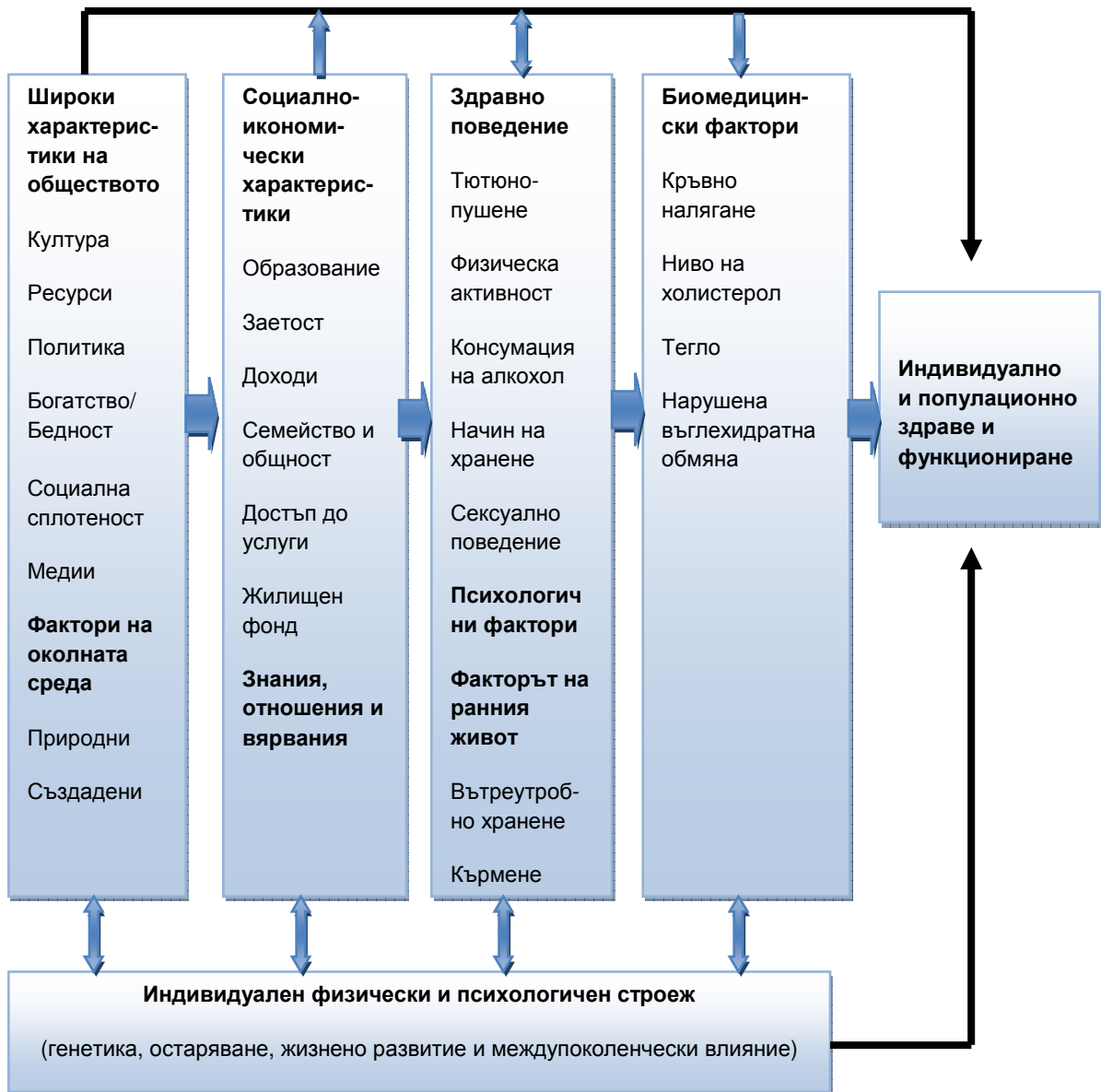
Процесът на глобализация през последните години се характеризира, както със силно увеличен обем на трансграничните потоци на стоки и хора, така и с основни промени в тяхното естество. Този процес започва да навлиза и в политическото пространство – увеличаване на страните членки на Европейския съюз, търсене на пътища за по-голямо обединение в рамките на съюза, създаване на над национални политически органи – Европейски парламент, Европейска комисия, дори и Европейска конституция.

Налице са множеството преки и непреки връзки между глобализацията и здравето като цяло, а именно:

- непреки – влияние върху здравната система и политиката, насочена към здравето, особено видно чрез въздействието на мултинационалните фармацевтични компании с политиката им на продажби и цени; влиянието на международните здравни организации и Европейския съюз – глобални правила и институции; трансграничен пренос на стоки и услуги – разширяващ се пазар на мултинационалните фармацевтични компании, разширяване на влиянието на мултинационалните монополи (с негативно влияние върху здравето) – продажба на тютюн, алкохол и други стоки); разширяващото се интегриране на частните здравноосигурителни компании;

- преки – трансгранично пренасяне на инфекциозни заболявания (особено показателни са AIDS, SARS и птичи грип); постепенно интегриране на медицинските знания и услуги в международен мащаб.

Фиг.2 Концептуална рамка за детерминантите на здравето



Източник: AINW: adapted from Australia's Health 2008

Най-съществено влияние върху здравето на гражданите имат социално-икономическите фактори на оръжаващата среда (50%), следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото (20%). Въздействието на здравната система върху индивидуалното, груповото и общественото здраве е в

рамките на едва 10%. Трябва да се отбележи, че и самата здравна система изпитва допълнително външни въздействия, които оказват влияние върху нейната ефективност.

Поради това е необходимо както здравните политици, така и обществото да отчитат факторите, които оказват влияние върху здравето на гражданите и да пренасочат своите очаквания от това, че здравната система ще реши всички проблеми, свързани с опазване и възстановяване на здравето. Тези очаквания не почиват на обективна основа и именно затова в последните години се наблюдава спадане на доверието на гражданите към здравната система и работещите в нея.

Здравната система трябва да подпомага усилията на гражданите и обществото за постигане на по-високо ниво на здраве и качество на живот чрез всички свои диагностични, клинични, организационно-методични и научни методи, предоставяне на експертни оценки и разработването на съответните програми, но не може да наложи решения и поведение, което е задължение на обществото и политиците.

Проблемът със здравето на нацията придобива особена чувствителност в контекста на протичащата в страната 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 поставя 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 в българското общество, който да способства за трайно преодоляване на неблагоприятните тенденции за здравето и за преустановяване на влиянието на рисковите фактори върху живота на населението.

Стратегията за ограничаване на здравните неравенства се изгражда върху концепцията на СЗО (2008) за трите принципа на действие:

1. Подобряване на условията на живот – условията в които хората се раждат, растат, живеят, работят и остаряват;
2. Преодоляване на несправедливото разпределение на власт, пари и ресурси;
3. Измерване и разбиране на мащаба на проблема и оценка на последствията от предприетите действия.

За да се осигури възможността всички българи да споделят ползите от дейностите на здравната система и другите сектори, свързани с опазването на здравето, Националната здравна стратегия (2014-2020) поставя важен акцент върху тези, които са непропорционално обременени с лошо здраве. В България съществуват значителни здравни неравенства, които са тясно свързани с социални, икономически и екологични недостатъци (например липса на достъп до качествена здравна помощ, здравословна храна, безопасна питейна вода, чист въздух, безопасни условия за физическа активност, възможности за образование и работа).

ПОЛИТИЧЕСКИ КОНТЕКСТ

Националната здравна стратегия (2014 – 2020) е израз на очертаващия се консенсус, както между експертите в областта на здравеопазването, така и между институционализираните и неформалните структури на гражданското общество относно необходимостта от рязък прелом в здравната политика за трансформиране на здравната система с акцент върху промоцията на здраве и профилактиката на болестите.

В резултат на такъв консенсус през миналия век бяха постигнати забележителни успехи в борбата с такива масово разпространени остри заразни болести като маларията, туберкулозата, детския паралич, дифтерията, скарлатината, коклюша, чревните инфекции и др. Ако в началото на ХХ век заразните болести са заемали едно от първите места сред причините за смъртността на населението у нас, през 2012 г. техният относителен дял в структурата на смъртността е едва 0.6% (8.6 на 100 хил. от населението). Тези и редица други полезни инициативи в областта на общественото здравеопазване и в социално-икономическата и културната сфери доведоха до увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на населението в България от 51.7 години през периода 1935 – 1939 година, на 74.0 години през периода 2010 – 2012 година.

В настоящия момент смъртността от инфекциозните и другите остро протичащи болести рязко намалена, но нараства значително относителният дял на смъртността от хронични незаразни болести – сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, диабет и хронични белодробни болести. Днес приблизително 66% от умиращите са за сметка на болестите на органите на кръвообращението. Ракът е отговорен за други 16.7%. Злополуките, в т.ч. транспортните, вземат не малък брой жертви, причинявайки смърт и неработоспособност, особено сред младите хора.

Повечето от притискащите ни здравни проблеми могат да бъдат предотвратени. Здравословното хранене, регулярната физическа активност, избягването на тютюнопушенето, на прекомерния прием на алкохол, на злоупотребата с лекарствени средства, получаването на профилактични услуги и ваксинации, използването на предпазните колани в автомобилите са само някои от начините, с които хората могат да запазят своето здраве. Затова инвестициите в превенция допълват и подкрепят лечението и оказваните грижи. Профилактичните политики и програми могат да бъдат с висока ефективност, да намаляват разходите за здравеопазване и повишават продуктивността. Сърцевинната ценност на Националната здравна стратегия (2014-2020) е, че българите могат да живеят по-дълго и в по-добро здраве чрез промоцията на здравето и превенцията на болестите.

Правителствените здравни политики през следващите години трябва да бъдат насочени срещу рисковите фактори за общественото, семейното и индивидуалното здраве. Тези политики трябва да бъдат структурирани в посока към активна превенция на хронични заболявания, а не към действия, които са насочени единствено към ефективното им лечение, след като те вече са настъпили.

Съвременните предизвикателства пред здравето на нацията – хроничните незаразни болести, както и здравното благосъстояние и активно дълголетие, трябва да бъдат във фокуса и свързани преди всичко с профилактиката и промоцията, отколкото с лечението.

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.

Редица данни, базиращи се на многогодишни наблюдения и научни анализи, показват, че ключът към въпроса дали един човек ще бъде здрав или болен, дали ще живее дълго или ще го постигне преждевременна смърт, се крие в редица прости индивидуални поведенчески фактори, а именно:

- тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и наркотици;
- режим на хранене, физическа активност и сън;
- спазване на правилата за пътно-транспортна безопасност;
- неекологосъобразно поведение и безотговорно отношение към околната среда
- спазване на изискванията за здравословни и безопасни условия на труд;
- други фактори.

Трябва да се отчете, че все още сме далеч от утвърждаването на добри лични здравни навици и здравно поведение, което драстично би изменило фактите относно заболяемостта в България. Нездравословните индивидуални навици далеч не са само лични. Обществените разходи за здравеопазване, поглъщащи ежегодно 1/20 от всеки лев на консолидирания държавен бюджет, представляват само част от последствията. Нарастващите разходи за здравеопазване са само едно от затрудненията, които ни предстои да преодолеем за подобряване здравето на нацията през периода 2014 – 2020г.

Както 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 медицински екип не е в състояние само със свои сили да проведе необходимите мероприятия за предпазване на хората от вредно действащите върху здравето им фактори на обкръжаващата среда. И положително никоя клиника или болница не може да лекува от бедност или невежество, които позволяват оставянето 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-мощни и ефективни действия от тези, които са по силите на традиционните подходи в здравеопазването.

Съществува належаща необходимост от засилване на ролята на държавата в насърчаването на гражданите да се откажат от „приятните“ си, но нездравословни навици, които са с неблагоприятни обществени последици. Националната система за

здравеопазване трябва да има водеща роля в укрепването, опазването и възстановяването на индивидуалното, семейното и общественото здраве.

Остро се поставя въпросът за изпълнението на регламентите за нивото на безопасност на физическите, химическите, биологичните и информационните фактори на външната и работната среда. Трябва да се има предвид, че както някои професионални фактори и небезопасни условия на труд, така и редица електронни и печатни информационни въздействия, насаждащи вредни за обществото модели на поведение, могат да имат разрушителни за общественото здраве последствия.

От особена важност е широкомащабният обхват и доказателственото съдържание на социалните програми за намаляване на безработицата, неграмотността, облекчаване на бедността, които се явяват рискови фактори за възникване и разпространение на повечето от заболяванията.

Представените стратегически политики са обосновано оптимистични по отношение на възможността да се поставят ясни и измерими задачи в областта на общественото здравеопазване. За осъществяване на качествена промотивна, профилактична дейност и здравна помощ са необходими съответната ресурсна осигуреност и стабилно законодателство, както и изграждане на подходящи морални и етични ценности на обществото.

В настоящия документ са посочени пет цели за развитието на здравеопазването, които са измерими и достижими за периода 2014-2020 г.

Политиките в Националната здравна стратегия (2014 – 2020) обосновават възможностите за постигане на посочените пет цели. Но решаването на големите и трудни въпроси относно проявата на индивидуалната воля и политическия консенсус се очаква да се осъществи чрез активно гражданско участие.

ЕВРОПЕЙСКИ КОНТЕКСТ

В Националната здравна стратегия (2014-2020) се приема цялостният интегративен принцип, заложен в стратегията на Европейския съюз, който е насочен към интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. „Европа 2020“ предлага три взаимно подсилващи се приоритета:

- интелигентен растеж: изграждане на икономика, основаваща се на знания и иновации;
- устойчив растеж: насърчаване на по-екологична и по-конкурентоспособна икономика с по-ефективно използване на ресурсите;
- приобщаващ растеж: стимулиране на икономика с високи равнища на заетост, която да доведе до социално и териториално сближаване.

В съобщение на Европейската комисия от 29 юни 2011 г. „Бюджет за стратегията „Европа 2020“, се подчертава, че *„подкрепата за постигане на добро здраве представлява неразделна част от целите за интелигентен и приобщаващ растеж в стратегията „Европа 2020“. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълъг период има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността. Иновациите в здравеопазването спомагат за посрещане на предизвикателството, свързано с устойчивостта в сектора в контекста на демографските промени“*, като за постигането на *„приобщаващ растеж“* е важно да се работи за намаляване на неравенствата по отношение на здравето.

В предложената трета програма за действие на ЕС в областта на здравето (2014—2020 г.), озаглавена „Здраве за растеж“, в още по-голяма степен се подчертава връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението. В програмата се посочва, че здравето не е просто ценност сама за себе си — то е и фактор за растеж и само население в добро здраве може да използва напълно своя икономически потенциал.

Държавите-членки на ЕС трябва да намерят точния баланс между осигуряването на достъп до висококачествени здравни услуги за всички и съобразяването с бюджетните ограничения. В този контекст от решаващо значение е държавите-членки да бъдат подкрепени в усилията им да подобрят устойчивостта на своите здравни системи.

Постигането на всички основни цели, определени в „Европа 2020 - Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж“, зависи в голяма степен от човешките ресурси в здравеопазването, организацията и структурирането на здравното обслужване, усвояването на ресурсите и финансирането на системите.

Други инициативи, с които се съобразява Националната здравна стратегия (2014-2020), са насочени към насърчаване на внедряването и оперативната съвместимост на решенията за електронно здравеопазване, в т.ч. с цел да се подобри трансграничното използване на здравни записи на пациентите.

От особен интерес за България е, че в програмата на ЕС се предвижда да продължи оказването на подкрепа за по-добро прогнозиране, планиране на нуждите и

обучение на медицинските специалисти, което ще допринесе както за иновациите в организацията на дейността, така и за постигането на приобщаващ растеж.

Поставен е акцент и върху проблемите, свързани със застаряването на населението и повишеното търсене на медицински грижи, като се отчита потенциала на здравния сектор за създаване на нови работни места.

Както е посочено от ЕС, положителните ефекти върху производителността и конкурентоспособността на запазването на здравето и активността на хората за по-дълго време и увеличаването на продължителността на живота в добро здраве, което може да повлияе на участието им на пазара на труда и да доведе до потенциални значителни икономии в бюджетите за здравно обслужване.

При разработването на Плана за действие на Националната здравна стратегия (2014-2020) трябва да се имат предвид възможностите за създаване и укрепване на механизми за сътрудничество и процедури за координация между държавите-членки:

- разработване на общи инструменти и механизми на равнището на ЕС за справяне с недостига на човешки и финансови ресурси и за улесняване на внедряването на иновации в здравното обслужване с цел постигане на новаторски и устойчиви здравни системи;

- подобряване на достъпа, включително извън националните граници, до медицински експертни познания и информация за специфични заболявания и разработване на съвместни решения и насоки за повишаване на качеството на здравното обслужване и безопасността на пациентите с цел да се подобри достъпът на гражданите на ЕС до по-качествено и по-сигурно здравеопазване;

- набелязване, разпространяване и насърчаване на внедряването на утвърдените най-добри практики за икономически ефективни превантивни мерки по отношение на основните рискови фактори, а именно тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и затлъстяването, както и трансграничното измерение на ХИВ/СПИН, с цел профилактика на болестите и подкрепа за постигане на добро здраве;

- изработване на общи подходи и доказване на ползата от тях за по-добра подготвеност и координация при извънредни ситуации във връзка със здравето с цел защита на гражданите от трансгранични заплахи за здравето.

Чрез настоящата стратегия нашата страна трябва да отговори на тези предизвикателства и приоритети в областта на здравето.

България приема визията за здраве на европейските страни за значително подобряване здравето и благосъстоянието на популациите, намалявайки здравните неравенства и осигурявайки устойчива, ориентирана към хората здравна система.

Националното законодателство в областта на здравето съответства на правото на Европейския съюз. Въведени са всички изисквания на законодателството на Европейския съюз, които са в сила за държавите-членки. Новите директиви на Европейския съюз, свързани със здравето, се въвеждат и влизат в сила със срокове, определени от Европейската комисия и еднакви за всички държави-членки на Европейския съюз. Изградена е система от норми, конкретни изисквания и задължения за осигуряване на здраве и съответни здравни грижи за населението, която създава реална основа за реализиране на принципите на единния европейски пазар.

Предизвикателството пред България е синхронизиране на нормативните документи за прилагане на това законодателство и ефикасен контрол върху тяхното адекватно прилагане.

В разработката на настоящата здравна стратегия са взети предвид и основните стратегически задачи на политиката на СЗО „Здраве 2020“ за по-пълно съблюдаване на принципите на социалната справедливост и усъвършенстването на стратегическото управление в интерес на здравето:

- Подобряване на здравето за всички и съкращаване на здравните неравенства;
- Усъвършенстване на лидерството и колективното ръководство за опазване на здравето, т.е. прилагане на общодържавния подход (whole of government approach) и принципа на участие на цялото общество (whole of society approach).

Четири приоритетни области, дефинирани в „Здраве 2020“ (инвестиране в здраве на всички етапи в живота на човека и разширяване правата на гражданите; решаване на най-актуалните проблеми в областта на неинфекциозните заболявания; изграждане на ориентирана към човека здравна система; повишаване ролята на местните общини и създаване на поддържаща среда) се приемат като методична рамка, основана на доказателства, при определянето на стратегическите приоритети на Националната здравна стратегия (2014-2020).

НАЦИОНАЛНИ ИЗМЕРЕНИЯ

Здравната стратегия е в съзвучие с „Националната програма за развитие: България 2020”, в която се определят основните приоритети в здравеопазването:

1. оптимизиране на разходите за здравеопазване и рационализация на инвестициите;
2. промоция на здравословен начин на живот и профилактиката на болестите чрез икономически ефективни мерки за намаляване на основни рискови за здравето фактори;
3. стабилизиране на здравноосигурителния модел и повишаване финансовата самостоятелност на здравния сектор, промяна в начина на финансиране на лечебните заведения;
4. развитие на електронното здравеопазване и телемедицинските услуги;
5. оптимизиране и подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси в здравеопазването и особено в спешната помощ;
6. подобряване на достъпа до здравно обслужване за всички граждани и повишаване качеството на здравните услуги чрез непрекъснат контрол и мониторинг;
7. осъществяване на единен контрол по цялата хранителна верига, основан на оценка на риска и защитата на правата и здравето на потребителите.

В „Националната програма за развитие: България 2020” са определени и областите на въздействие, свързани с реализацията на приоритетите:

1. дейности по повишаване качеството и ефективността на здравните услуги;
2. иновации за устойчива и ефективна здравна система;
3. подобряване качеството на здравното обслужване и осигуряване достъп на всеки гражданин до здравна помощ и услуги;
4. икономически ефективни мерки за намаляване на основни рискови за здравето фактори и подобряване профилактиката на болестите;
5. подобряване качеството на живот на децата и насърчаване на социалното включване;
6. разработване и въвеждане на специфични дейности за рискови групи;
7. разработване и въвеждане на мерки за осигуряване на условия за промоция на здраве и профилактика на болестите сред уязвимите групи;
8. премахване на институционалния модел на грижа за възрастните хора и хората с увреждания чрез развитие на услуги за дългосрочна грижа и междусекторни услуги;
9. подобряване на капацитета и взаимодействието при реализирането на комплексни услуги в сферата на образованието, здравеопазването, спорта, заетостта и социалните услуги при постигане на общи цели за социално включване;
10. осъществяване на интегриран контрол по безопасността и качеството на храните.

Приетите досега стратегически документи за реформи в здравеопазването се характеризират с липса на взаимна обвързаност, недостатъчна прозрачност и отсъствие на консенсусно начало при разработката им, което доведе и до неуспешното им внедряване.

Националната здравна стратегия (2014-2020) е основана на разбирането за междусекторното сътрудничество, реализирането на възможностите за обединяване усилията на работещите в различните области на социално-икономическия живот и на регионалните общности за постигане на очакваните резултати за опазване и повишаване здравето на нацията.

Настоящата стратегия отчита редица добри практики и стратегически виждания, предложени в наличните политически документи в областта на здравето, а именно:

- Концепция за по-добро здравеопазване
- Концепция за деинституционализация на децата от Домовете за медико-социални грижи
- Концепция за преструктуриране на болничната помощ на Република България
- Национална здравна карта
- Нов модел за финансиране на болничната помощ – приет от МС (2010)
- Национална програма по безопасност и здраве при работа
- Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012 г. - 2030 г.)
- Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020
- Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012-2030 г.)
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2013-2020)

Националната здравна стратегия (2014-2020) е изготвена на основата на системен анализ и критична оценка на индикаторите, характеризиращи състоянието на общественото здраве в ретроспективен, ситуационен и проспективен контекст.

Консенсусно е разбирането, че:

1. Съществува определена зависимост между структурните и качествени характеристики на населението от една страна, и икономическото и социалното развитие, от друга. В макрорамката на цялото обществено-икономическо развитие, човешкият потенциал заема водещо място. Затова проследяването на демографските процеси и здравното състояние е една от важните предпоставки за определяне съдържанието и времевите параметри на здравните политики.

2. В условията на пазарна икономика демографското и здравно състояние на населението се обуславя от комплексното влияние на множество фактори. През отделните етапи на обществено-икономическото развитие тези фактори изменят не само силата на влиянието си, но понякога и посоката на въздействие.

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. Това обуславя необходимостта от значителни финансови средства и координиране усилията на държавни и обществени органи и организации в различни области.

4. Постигането на положителни резултати в демографското и здравно състояние на населението е свързано с:

- развитие на икономиката, модернизация на производството, провеждане на структурни реформи, изграждане на инфраструктура с европейско значение, които ще доведат до увеличаване на обществената производителност на труда, подобряване на доходите и социалния статус на населението;
- целенасочена регионална политика в областта на здравето – инфраструктурна, ресурсно обезпечена и осигуряваща постигането на високо качество на живот на населението в съответните региони;
- създаване на необходимите предпоставки за подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси;
- усъвършенстване на системата за публично финансиране на здравните услуги;
- въвеждане на съвременни ефективни методи за планиране, организация и управление на лечебните и здравни заведения;
- прилагане на интегрирани интервенционни програми за укрепване и опазване на здравето;
- подобряване качеството на медицинското образование;
- развитие на професионалните знания и умения на работещите в системата на здравеопазването;
- създаване на условия за здравословен начин на живот, за увеличаване средната продължителност на живота и за подобряване репродуктивното здраве на българското население.

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

С оглед постигането на очакваните резултати в Националната здравна стратегия (2014 – 2020) се извършва:

1. Обективна оценка на динамиката на здравно-демографските процеси в страната, основаваща се на научни доказателства, както и системно наблюдение, анализ и оценка на промените в здравното състояние на населението;
2. Определяне на целите за подобряване здравето и благосъстоянието на нацията, както и за трансформирането на българската здравна система.
3. Организиране на адекватно ресурсно и технологично осигуряване на държавните и обществените инициативи и действия, насочени към здравето;
4. Очертаване на ефективно междусекторно и научно здравно партньорство.

КЛЮЧОВИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА

Основните ключови предизвикателства, стоящи пред нашата нация в областта на здравето, могат да се определят като:

- Свързани с демографското застаряване и намаляване на броя на населението в активна възраст;
- Висока смъртност във всички възрастови групи от населението със съществени териториални различия;
- Свързани с повишаващата се заболяемост в областта на хроничните незаразни заболявания, множественост на заболяванията при едно лице, хронификацията на заболяванията, което често води и до състояния на трайна неработоспособност и необратими увреждания;
- Недостатъчното осигуряване на здравната система с:
 - финансови ресурси
 - човешки ресурси (лекари от някои специалности, медицински сестри и др.)
 - нови технологии и иновации;
- Недостатъчно добре работещо управление и несигурна законодателна среда;
- Повишаващи се потребности на населението и съответно повишаваща се неудовлетвореност от предоставените услуги;
- Нарастващи нива на рисковете, свързани с околната среда и поведенческите фактори, влияещи върху осигуряване на благоприятни условия на живот и труд на населението;
- Увеличаващ се брой на рисковите и уязвимите групи от населението и на маргинализация на част от тези групи, свързана с ниво на образование, доходи и т.н.;
- Недостатъчна подготвеност на здравната система и на работещите в нея да се справят с посочените предизвикателства;
- Неподготвеност на структурите на гражданското общество да посрещнат предизвикателствата, свързани със здравето на нацията.

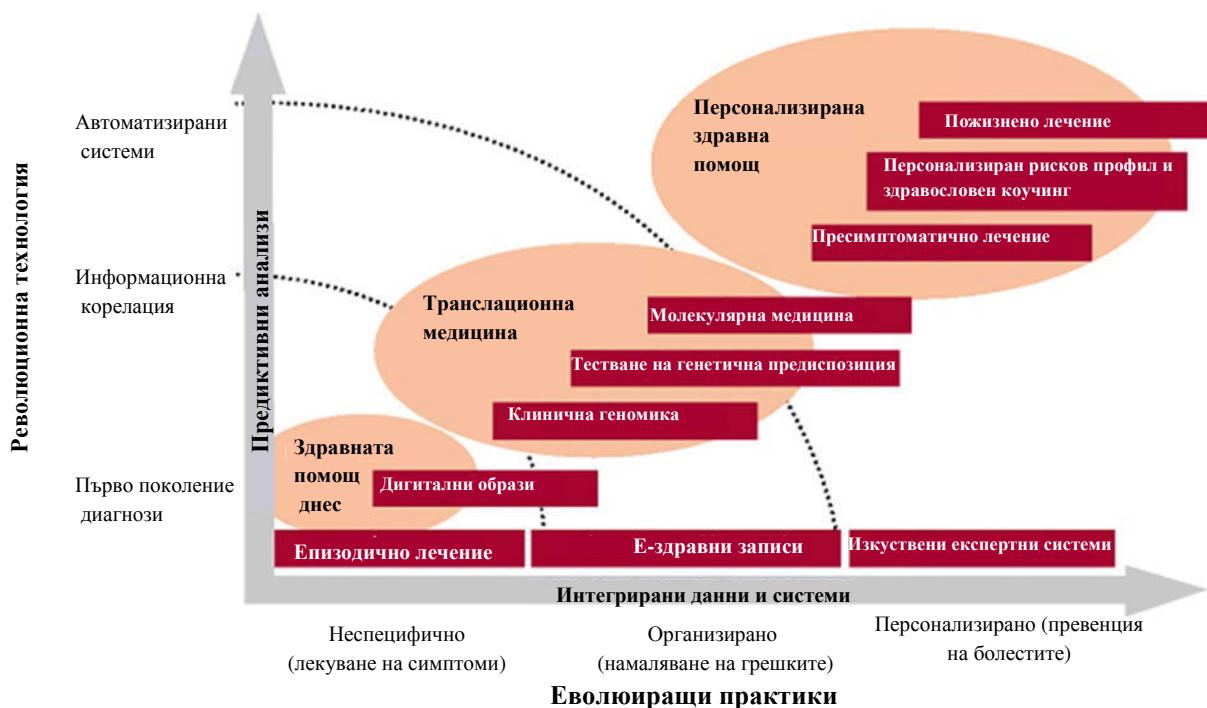
ВИЗИЯ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ (2014-2020)

България като страна, в която всички български граждани имат необходимите способности и подкрепа, за да постигнат техния пълен здравен потенциал и благосъстояние, като работят заедно за намаляване на неравенствата в страната и европейския регион.

Прилагането на изискванията на медицината основана на доказателства и информираната здравна политика определя необходимостта от промени, които включват:

- Гарантиране **къстомизацията** на здравните услуги (определяне на лечението според индивидуалните биологични и личностни особености на пациента);
- Преминаване от сегашната традиционна медицинска практика на лечение на болестите към **транслационна и персонализирана медицина** (фиг. 3);
- Интегриране на цялостното лечение и наблюдение на хронично болните (от болницата в лечебните заведения за амбулаторна помощ и в дома);
- Адекватно реагиране на медицинския персонал как да процедира при първоначалните оплаквания относно съществуващи, но не диагностицирани здравни проблеми на пациента;
- Повишаване нивото на доверие и готовността на пациента за лечение;
- Превръщане на ориентираността към пациента в клиничен метод, осигуряващ демократичността на участието на обслужваното население.

Фиг. 3 Насочване на здравните системи извън днешните предизвикателства към еволюцията на „персонализираната здравна помощ“



Източник: A Healthier Future for All Australians, 2001

НОВАТА ВИЗИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА

Нашият подход към ценностите и принципите на бъдещата здравна система включва:

- Здравето като самостоятелна ценностна категория, която да бъде оценявана в социално-икономическия и социокултурен контекст;
- Здравеопазването като право за всички;
- Социална справедливост, равнопоставеност и солидарност;
- Защита на обществените интереси в баланс с отзивчивостта към индивидуалното страдание;
- Автономност (право на самоопределение и собственост на национално, локално и индивидуално ниво) в баланс със сигурността и глобалната социална отговорност;
- Ефективност в баланс с ефикасността (както на индивидуално, така и на популационно ниво);
- Устойчивост, участие и договаряне между отделни групи на населението или на професионалното съсловие;
- Доверие и отговорност/отчетност.

Ключът към изграждането на бъдещата смислена БЗС е да се използват избрани части от миналата и настоящата здравни системи и те да се позиционират заедно със съвременни структурни организационни и управленски подходи, здравни технологии, устойчиви начини на финансиране. Предприемането на подобни стратегически стъпки хвърля мост между миналото и бъдещото на БЗС.

Нашата визия е смислена и вдъхновяваща (Панел 1.). Тя се основава на съблюдаването на предложените ценности и принципи за развитието на БЗС и се изгражда върху най-добрите стойности на здравните услуги от националната ни система със стремеж за постоянно усъвършенстване.

Панел 1

Прогнозирана БЗС през 20-те и 30-те години на 21 век, която:

- Действително е ориентирана към пациента, семейството и изпълнителите на здравна помощ;
- Съществено подобрява общественото здраве чрез превенция и ранна интервенция във всеки аспект на здравната система и нашия живот;
- Осигурява интеграцията на здравните и на социалните грижи за възрастните хора;
- Провежда на национално и регионално ниво интегрирани интервенционни програми за профилактика на ХНБ;
- Да е изведена извън своята капсулираност и фрагментарност и работи значително по-добре през секторните граници и с местните власти и особено засилва взаимодействието между болниците и първичната здравна помощ;
- Да е ефективна и динамична с радикално намалена национална, областна и общинска бюрокрация;
- Да е устойчива (поставена на стабилна основа), свободна от чести и своеволни политически вмешателства;
- Постига качество и крайни здравни резултати, които да са сред добрите в Европа;
- Отказва да толерира опасните за здравето субстандартни грижи, както и допуснатите медицински и лекарски грешки;
- Елиминира дискриминацията и редуцира неравенствата в здравеопазването;
- Дава възможност на медицинския персонал да поеме ролята на основен двигател във взаимоотношенията с пациентите и техните семейства;
- Създава условия на болниците и изпълнителите на медицинска помощ да работят иновативно при силни стимули за възприемане и прилагане на добрите практики;
- Да е прозрачна, с ясни ангажменти за качество и резултати;
- Дава на гражданите повече възможности за свободно изразяване на своите мнения относно организацията и управлението на БЗС;
- Да е с нарастващи (всяка година) абсолютни разходи при постигане на висока степен на ефективност от лечебните и здравни заведения, намаление на административните разходи и висока продуктивност на качествени услуги.

НАЦИОНАЛНИ ПРИОРИТЕТИ, ЦЕЛИ И ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРИОРИТЕТИ

За постигане на визията на настоящата стратегия, основните усилия на обществото трябва да бъдат насочени към следните приоритетни области, които са свързани с програмата на Правителството и конкретно са разработени в съответните политики, а именно:

Приоритетна област 1.

Гарантиране на всеки български гражданин на надеждна система на здравно осигуряване, достъп до качествена медицинска помощ и здравно обслужване

Приоритетна област 2.

Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното здравеопазване с цел пълна прозрачност и ефективно използване на наличните ресурси

Приоритетна област 3.

Рационализиране на системите за финансово управление и контрол в здравеопазването

Приоритетна област 4.

Укрепване и модернизиране на системата за спешна медицинска помощ

Приоритетна област 5.

Регионална политика със специално внимание върху подкрепата на лечебните заведения в отдалечените и малки региони на страната

Приоритетна област 6.

Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване

Приоритетна област 7.

Устойчиво развитие на човешките ресурси с акцент специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение

Приоритетна област 8.

Преориентиране на здравната система към профилактиката и предотвратяването на социално-значимите заболявания.

ЦЕЛИ

Целеопределянето се възприема като особено силен **мотивационен и иновационен инструмент** за успешното изпълнение на Стратегията. В практиката обаче не винаги съществува пълно съвпадение между необходимите целеви дейности и действителното поведение на изпълнителите а медицинска помощ. Причините за това разминаване са, че отделните изпълнители работят в условия на непълна информираност и ограничения на средата, които са извън техния контрол, притежават различна степен на увереност и допускат различни грешки.

За преодоляване на тези несигурност при внедряване на Националната здравна стратегия (2014-2020) е необходимо предварително да се гарантира ефективността на процеса на целеопределянето. Това може да се осъществи само когато дадена цел:

- се възприеме като достатъчно важна и като стандарт, с който всички реални дейности в областта на всяка политика ще се съпоставят и измерват за предоставяне на обратна информация;
- отразява нивото на специфичност и трудност;
- въздейства върху продължителността на усилията;
- определя времевите ограничения и изяснява очакванията;
- се формулира с участието на изпълнителите, които поемат съответните отговорности (използва се стилът на „разкажи и продай”, а не „само разкажи”);
- е процес на обучение за участниците и заедно с другите избрани цели създава пътна карта за изпълнението.

Изборът на стандарт, често наричан „counterfactual method” (изразяващ това, което не се е случило, но би могло да се случи), се извършва въз основа на експертно мнение или чрез консенсус. Използват се също методът на извличане на стандарти от интервенционни изследвания, трендови анализи и сравнителни оценки на риска. Едновременно със силните страни на целеопределянето трябва да се вземат предвид и редица слабости на този процес: риск за даване на приоритет на цели, които могат по-лесно да се измерят; когато целта е много трудна за постигане, може да бъде демотивираща; целите (като средни стойности) припокриват проблемите на разпределението и справедливостта и др.

Процесът на целеопределяне в Националната здравна стратегия (2014-2020) се основава на споделените европейски ценности и включва предшествващи усилия и разработки, партисипативни дискусии и писмени становища. Понастоящем МЗ формулира **5 главни цели** със следните характеристики (Панел 2):

- Те представляват балансиран микс от здравни резултати, детерминанти на здравето, ресурси, научни знания, информационни технологии и иновации;

- Избрани са в отговор на съществуващите предизвикателства за решаване на значими проблеми в здравно-демографската ситуация и системата на здравеопазване, както и във връзка с присъединяването на страната към съвременните глобални усилия (напр. в областта на ХНБ);
- Постижими са и са свързани с наличните ресурси;
- Съществува ясна логична връзка между стратегическите приоритети, избраните цели, задачи и политически мерки и индикатори за оценка;
- Изборът на целите и задачите е съобразен и с техния позитивен израз (напр. средната продължителност на живота), а не се акцентира само върху нивата на смъртност;
- Взети са предвид и възможностите за събиране на данните за индикаторите по рутинен път.

Поставените цели могат да се сторят на някои анализатори твърде амбициозни. Но само оцеляване на нашата здравна система не е достатъчно. Ако не знаем какво е нивото на здраве и здравеопазване в развитите страни и не се стремим да сме сред тях, няма да оцелеем.

Панел 2

Национални стратегически цели в здравеопазването (2014-2020)

Стратегическа цел 1	Подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието на населението до средните нива на ЕС
Задача А:	Увеличаване на броя на българите, които са здрави във всеки етап от живота: <ul style="list-style-type: none">- Увеличаване на очакваната продължителност на живота в добро здраве с 2 години- Намаляване на детската смъртност с 30%- Намаляване на неравенствата с 30%
Задача Б:	Промоция на здравето и интегрирана профилактика на ХНБ
Задача В:	Повишаване на икономическото и социално благосъстояние на индивидите, семействата и общините
Стратегическа цел 2	Трансформиране на здравната система за осигуряване достъпно и качествено здравно обслужване
Задача А:	Преориентиране на здравната система към ПМП и реструктуриране (оптимизиране) на болничния сектор, основано на регионалната здравна политика и конкуренцията „позитивна сума”
Задача Б:	Рационализиране на управлението, финансовия и качествен контрол в здравеопазването
Задача В:	Модернизиране на системата за спешна медицинска помощ
Задача Г:	Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищното здравеопазване
Задача Д:	Осигуряване на дългосрочно обслужване за уязвимите групи население
Стратегическа цел 3	Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното и мобилно

	здравеопазване
Задача А:	Национален план за внедряване на електронното и мобилно здравеопазване
Задача Б:	Подкрепяне на приемането и целесъобразното използване на информационните технологии чрез стимулиране и техническа помощ
Стратегическа цел 4	Осигуряване на капацитета на човешките ресурси за посрещане на нарастващите здравни потребности
Задача А:	Улесняване достъпа до специализация
Задача Б:	Осигуряване качеството на продължителното обучение
Задача В:	Осигуряване на условия за медицинските специалисти и техните лидери да бъдат напълно отговорни, справедливо оценявани и да притежават инструментариума, системите и ресурсите за работа и постигане на високи резултати
	Съхраняване на нужните човешки ресурси и развитие на техните възможности и талант
Стратегическа цел 5	Развитие на научните знания и иновации
Задача А:	Ускоряване процеса на научните изследвания за подобряване здравето обслужване на пациента
Задача Б:	Нарастване разбирането за това „какво работи” в общественото здравеопазване и лечебната помощ, определяне и внедряване на иновативни методи
Задача В:	Инвестиране в регулативните науки за подобряване безопасността на хранителните и медицинските продукти, водата и др.

ПОЛИТИКИ

Въз основа на очертаните предизвикателства, които стоят пред България в областта на здравето и в изпълнение на поетите ангажименти за постигане на целите на Стратегия „Европа 2020”, както и за постигане на определените пет национални цели, са разработени 11 ключови политики до 2020 г.

ПОЛИТИКА 1: Ефективно управление (ръководство) на здравеопазването за успешно постигане на стратегическите цели
--

НАСОКИ

Интелигентното управление (ръководство) за здраве и благосъстояние включва съвременни подходи и дейности, които да повишат ефективността на управлението на национално, регионално, общинско и институционално ниво и да подобрят здравните резултати.

Сред основните елементи на тази политика е повишаването на професионалната компетентност на здравните мениджъри, на административния капацитет на служителите в държавната администрация и управленските здравни структури и на подобряване на междусекторното сътрудничество при реализиране на политиките, имащи отношение към здравето.

Възниква необходимост от поддържане и увеличаване на управленския капацитет на служителите в държавната администрация (министерства, областни управи и общини) за разработването на общи инструменти и механизми за изпълнение на регламентите, директивите и стандартите на ЕС, имащи отношение към здравето на нацията и дейността на системата на здравеопазване.

За реализация на политиката МЗ приема подхода „Здраве във всички политики” за подобряване взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации, имащи пряко или косвено отношение към здравето при разработването и изпълнението на редица стратегии и програми от национално и международно значение. Важната роля при междусекторното сътрудничество в областта на общественото здравеопазване се осъществява в практиката чрез прилагането на общодържавния (whole of government) и обществен (whole of society) подход за взаимодействие и партньорство на всички йерархични нива.

Належащо е повишаването на административния капацитет на служителите на Министерство на здравеопазването, РЗИ и различните агенции по отношение управлението на национални програми и проекти в областта на здравеопазването, в т.ч. със средства от структурните фондове на ЕС, както и участието в междусекторните и международни програми и стратегии, включващи политики, свързани със здравето.

Остра е необходимостта от синхронизиране на дейността и определяне на нови функции на Министерството на здравеопазването, НЗОК, РЗИ, национални центрове и агенциите и синхронизирането на тяхната дейност.

Акцент в политиката е повишаване ефективността на управление на институционално ниво и особено на лечебните заведения, поради особения им

търговски статут и необходимостта от постигане на положителни здравни резултати чрез непрекъснато повишаване на професионалната компетентност на здравните мениджъри.

От особена важност е разширяването на участието на медицинските университети и другите университетски структури в подготовката на кадри в областта на здравното управление и болничната администрация, в извършването на анализи и оценки, свързани със здравето на населението и дейността на системата на здравеопазването, както и при разработването на управленски информационни системи и насочване на обучението към постигане на здравни резултати.

Политиката е насочена и към подобряване на подбора и избора на управленски кадри в публичните лечебни заведения (държавни и общински).

МЕРКИ

Реализацията на политиката по повишаване на ефективността на управление включва планиране и изпълнение на действия и мерки с различен характер, като основните от тях са:

- Осигуряване от МЗ лидерство на национално ниво за създаване на стратегически алианси, засилване на колаборацията между всички партньори в здравеопазването по внедряване на планираните мерки за здраве и Здраве във всички политики, споделяне вземането на решения и добрите практики, както и ефективното изразходване на ресурсите („Всеки министър да бъде здравен министър!“).
- Разработване на методологически и методически инструменти и процедури за обучение на служителите от структурите на здравното управление за повишаване на техния капацитет за оперативното и стратегическо планиране, осигуряване на качеството и на контрола на здравните дейности, подобряване на съгласуваността и взаимодействието между институциите, в т.ч. и с тези на ЕС, по-пълно усвояване и управление на средствата от структурните фондове на ЕС и др.;
- Разработване на нормативни документи, чрез които управлението на здравеопазването да се ориентира към създаване на баланс между здравните потребности на населението, необходимите ресурси за тяхното задоволяване и към здравните резултати;
- Разработване на система от здравни индикатори за измерване на ефективността на здравното управление на различните нива;
- Въвеждане на системи за мониторинг и оценка на въздействието на политиките, имащи отношение към здравето;
- Въвеждане на система за контрол на лечебните заведения и мониторинг на медицинските дейности, употребата на лекарствени средства, безопасността и правата на пациентите и др.;
- Адаптиране на националната информационна система за състоянието на здравето и здравните дейности към нуждите на здравното управление, с оглед вземане на управленски решения основани на доказателства;

- Включване на професионалните организации на медицинските специалисти и на гражданското общество във вземането на решения за промени в състоянието и ефективността на управление в здравеопазването;
- **Въвеждане и изпълнение на Концепция за национална лекарствена политика;**
- **Създаване на национална аптечна карта с цел проследимост на нуждите на населението и подобряване на достъпа на пациентите до лекарствена терапия за домашно лечение.**

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Нов модел на управление, адекватен на устройството и функционирането на здравната система;
- Самостоятелна регионална здравна политика и контролна дейност върху качеството и ефективността на здравните услуги;
- Пълна професионализация на здравното управление, т.е. получаване на сертификат за административна и управленска компетентност от всички служители в системата на здравното управление;
- Приемане на управленски решения основани на научни доказателства от специализирани анализи и научни изследвания.

ПОЛИТИКА 2: Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление

НАСОКИ

Политиката за реформиране на финансовата система е насочена към увеличаване на количеството на финансовите ресурси и тяхното по-добро разпределение според стратегическите цели и приоритети, тяхното ефективно използване, с което да се създаде по-добър баланс между здравните потребности и разходите за тяхното качествено и ефективно задоволяване. Важни направления на тази реформа ще бъдат:

- Разнообразяване на източниците на финансиране, с което да се създадат възможности за демонополизация на финансовата система;
- Увеличаване на общия размер на финансовите ресурси за извършване на здравни дейности, вкл. чрез подобряване на събираемостта на вноските при задължителното здравно осигуряване;
- Промени в дейността на НЗОК и на мястото и ролята на БЛС и БЗС при договарянето за финансиране на различните здравни дейности и видове здравни заведения;
- Подобряване на контрола върху качеството на различните видове здравни дейности чрез включване на НЗОК и изпълнение на задълженията и отговорностите на БЛС и БЗС в областта на контрола на качеството;
- Опростяване на процедурите по договарянето между НЗОК, БЛС и БЗС и на съдържанието на НРД;
- Повишаване на изискванията за разкриване на нови лечебни заведения;
- Отпадане на задължението и въвеждане на обективни критерии при договаряне с лечебните заведения и при сключването на договори за извършване на дейности и финансиране от НЗОК **след разнообразяване на източниците на финансиране, с което да се създадат възможности за демонополизация на финансовата система.**

МЕРКИ

Политиката за реформиране на финансовата система на здравеопазването включва дейности от правен, фискален и организационен характер. При тяхното реализиране ще бъде необходимо постигане на широк консенсус с професионалните организации на медицинските специалисти и на организациите на гражданското общество:

- Устойчиво повишаване на средствата за здравеопазване: до края на стратегическия период МЗ ежегодно да предлага на МФ (и оттам на Министерския съвет) увеличение с 0.2-0.3%;
- Подобряване на приходната част на задължителното здравно осигуряване, чрез увеличаване на заплащането на размера на здравно-осигурителните вноски за деца, ученици, пенсионери и др. от страна на държавата;
- Извършване на промени в Закона за здравното осигуряване, които при обществен консенсус да създадат възможности за въвеждане на реформиран

здравноосигурителен модел, работещ в пазарна среда, създаваща конкуренция „позитивна сума“;

- Ревизия на гарантирания от задължителното здравно осигуряване минимален пакет здравни услуги съобразно размера на финансови средства и въвеждане на пакети от услуги, предлагани допълнително от застрахователните дружества, които да имат надграждащ характер;
- Приемане на нормативи за финансиране на здравните дейности, които са държавно задължение и на лечебните заведения, които ги извършват (спешна медицинска помощ, стационарна психиатрична медицинска помощ и др.);
- Извършване на структурни промени в бюджета на НЗОК, като се увеличава относителният дял на средствата за финансиране на първичната извънболнична медицинска помощ и намаляват средствата за болнична медицинска помощ и лекарствени средства (до 12-13% от бюджета на НЗОК);
- Използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на социални проекти, при които водещ критерий е общественият интерес;
- Изработване и приемане на нормативен документ за реда и начина на ползване на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии;
- Изработване и приемане на програма за използване на структурните фондове на ЕС за финансиране на приоритетни здравни дейности;
- Създаване на система за ценообразуване на отделните видове медицински дейности, основана на принципа на разходопокриване и приемане на социално приемлива „цена на труда“ на лекарите и нейното диференциране по отделни специалности, която да бъде включена като елемент на цената на дейностите;
- Въвеждане на регулация основана на доказателства при определяне на цените на лекарствени средства, които се заплащат с публични ресурси;
- Въвеждане на нови системи на заплащане на различните видове дейности – ДСГ в болничната помощ, APGs и домашно посещение в ПИМП и др.;
- Приемане на нормативен документ за реда и размера на доплащанията в лечебните заведения, имащи договор с НЗОК;
- Разработване на нормативен документ за въвеждане в системите на заплащане на медицинския персонал на компонент за качество и ефективност;
- Промени в Закона за здравното осигуряване, чрез които да отпадне задължението на НЗОК за сключване на договори с всички лечебни заведения;
- Създаване на специален фонд към МЗ за стимулиране на разкриването на лечебни заведения в някои територии на страната, вкл. подпомагане на общинските лечебни заведения (болнични и извънболнични) в по-малките и отдалечени населени места;
- Развиване и използване на техники за пренасочване на обслужването на болните в извънболничната медицинска помощ – модели за едnodневно лечение, едnodневно хирургия, медико-социални грижи, продължително лечение и палиативни грижи;

- Създаване на приложими технологии и специализиран инструментариум за контрол върху разходите при извършване на различните видове здравни дейности;
- Въвеждане на национална информационна система за размера и структурата на финансовите разходи при обслужване на болните с различни заболявания или комбинация от заболявания, която да се използва както за контрол, така и за определяне на разходопокриващи цени;
- Промяна в технологията на приемане на НРД след съответни промени в Закона на здравното осигуряване и Закона за професионално-съсловните организации;
- **Създаване на устойчива финансова рамка при прогнозиране на ресурсите за достъп до съвременни и качествени лекарствени продукти.**

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

В края на стратегическия период при изпълнението на дейностите се очаква да се получат следните резултати:

- Гарантиране на финансовата самостоятелност на здравния сектор;
- Трансформиран здравноосигурителен модел, работещ в пазарна среда, създаваща конкуренция „позитивна сума“;
- Увеличаване на публичните разходи за здравеопазване в държавния бюджет и намаление на частните плащания за здравни услуги;
- Постоянен контрол на медицинските дейности за ефективно разходване на финансовия ресурс;
- Въвеждане на съвременни системи за заплащане на различните видове здравни дейности и здравни заведения и значително повишаване на трудовите възнаграждения на специалистите в държавните лечебни заведения, съпоставими с тези в най-високо заплатените сектори;
- Промяна в структурата на финансиране на отделните сектори на здравеопазването, като ПИМП достигне 12%;
- Намаление на разходите за болнична помощ и лекарствени средства и достигане на относителните дялове от общото финансиране, постигнато в страните със сходно икономическо състояние и средните стойности в ЕС;
- Подобро финансиране на здравните дейности в лечебните заведения, които са държавно задължение, като финансовите средства в края на периода почти се удвоят.

ПОЛИТИКА 3: Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората

НАСОКИ

Сериозните проблеми в областта на човешките ресурси в здравеопазването налагат провеждане на специална политика чрез която да се подобри планирането, университетското обучение, специализацията и продължаващото обучение, икономическия и социален статус на работещите в системата на здравеопазването и намаляване на темпа на вътрешна и външна миграция.

Реализацията на политиката в областта на човешките ресурси ще се извърши чрез планиране и изпълнение на различни по вид и характер дейности. Те ще се осъществяват при активно сътрудничество с международни организации, взаимодействие между отделни министерства (МОН, МТСП и др.) и професионални организации, висши училища, национални центрове, лечебни заведения и др. имащи отношение към развитието на човешките ресурси.

Предвижданите дейности са насочени към усъвършенстване на нормативната база при спазване на приемственост в разработването и приемането на отделни законови разпоредби и подзаконови нормативни актове.

Основа на дейностите по тази политика е прилагане на най-добрите практики в управлението на човешките ресурси – планиране, подбор, обучение и задържане на наетия персонал, съобразени с потребностите на медицинските специалисти и нуждите на обществото, постигнати в страните от ЕС и съобразно неговите регламенти и директиви.

МЕРКИ

- Увеличаване приема за обучение на специалистите по здравни грижи във висшите училища с оглед в стратегическия период да бъде преодолян създадения недостиг и дисбаланси в отношенията на броя им към броя на лекарите, с особено внимание към медицинските сестри;
- Нормативни промени, с които да се разширят функциите на специалистите по здравни грижи, вкл. и възможността за извършване на самостоятелна медицинска дейност, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.;
- Определяне от МЗ на потребностите от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи, които да послужат за основа за определяне на приема във висшите училища с оглед да се възстанови балансът на различните видове специалности;
- Разработване и въвеждане на единна информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри;

- Въвеждане на единни академични стандарти, които да се използват за актуализиране учебните програми във висшите училища, разширяване на практическите умения на ново завършилите лекари, с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност;
- Ориентиране на висшето образование към специалисти и специалности, необходими на практическото здравеопазване, вкл. и такива, които не са традиционни за нашата страна;
- Създаване на нова нормативна уредба за специализация на кадрите в здравеопазването, организация и провеждане на продължаващото медицинско обучение, в която да се либерализира процеса на започване на специализация и повишат изискванията при държавните изпити за придобиване на специалност;
- Въвеждане на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели изискващи по-малък брой на човешките ресурси;
- Въвеждане на система за периодична ресертификация на лекарите с придобита специалност, като форма на професионален контрол върху тяхната компетентност;
- **Въвеждане на система за периодична сертификация от БФС на магистър - фармацевтите относно преминалите форми на продължаващо обучение, като форма на професионален контрол върху тяхната компетентност;**
- Промени в технологията и отговорностите на професионалните организации на медицинските специалисти (БЛС, БЗС и др.) при организиране и провеждане на продължаващо обучение, съответстващи на потребностите на промените в профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията и на приоритетите в здравеопазването през стратегическия период;
- Рационализиране на обучението и специализацията на лекарите от първичната извънболнична помощ и съобразяване с европейските модели на общата медицинска практика (WONCA, EURACT и др.);
- МЗ и БЛС, съвместно с работодателите в здравеопазването и в съответствие с подобряване на финансирането на лечебните и здравни заведения да разработят нова нормативна уредба и програми за увеличаване на трудовите възнаграждения на медицинския персонал в България, подобряване на условията на труд и технологична модернизация на сектора, с оглед до края на стратегическия период да се достигнат средноевропейските нива;
- Създаване на класификатор на медицинските специалности, съобразно тежестта, риска и отговорността на извършваните от тях дейности, които да се използва при ценообразуването на различните видове дейности, които те извършват;
- Разработване на технологии, чрез които трудовите възнаграждения на медицинските специалисти да бъдат свързани и със качеството и ефективността на тяхната дейност;

- Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към специализацията на лекарите по специалности, по който има сериозен дефицит на кадри;
- Включване на общините във финансирането на висшето обучение и специализацията на лекари работещи в общински болници и лечебни заведения за първична и извънболнична специализирана помощ, вкл. и по спешна медицина.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Изпълнението на дейности, включени в съдържанието на политиката ще доведе в края на стратегическия период до:

- Запазване на броя на лекарите и увеличаване с 25-30% на броя на специалистите по здравни грижи;
- Създаване на медицински специалисти с подготовка, адекватна на съвременните стандарти за качество, висока компетентност и професионална мотивация;
- Преодоляване на големите различия в териториалното разпределение на медицинските специалисти;
- Преодоляване на дефицита от някои видове специалисти, особено в системата на ПИМП и спешната извънболнична медицинска помощ;
- Увеличаване на относителния дял на лекарите с придобита специалност в приоритетните области на здравеопазването – ОПЛ със специалност по обща медицина до 80% и на лекарите от системата за спешна медицинска помощ – до 50%;
- Намаляване на темпа на външна миграция на лекарите.

ПОЛИТИКА 4: Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности адекватни на техните здравни потребности

Реформата в здравеопазването доведе до създаване на нова организация и технология на дейности на системите за извънболнична и болнична помощ. Очакванията бяха, че те ще станат по-достъпни за хората без наличието на сериозни финансови, териториални, времеви и други ограничения.

Повече от 10 години от началото на тези реформи опитът показва, че в достъпът на хората до различните сектори, лечебни заведения и изпълнители на медицинска помощ не настъпиха съществени промени. При част от тях има сериозни ограничителни последици при получаването на медицинска помощ, а при други довежда до свръх потребление и с това и до неефективно използване на ограничените финансови ресурси (напр. в болничната и спешната медицинска помощ). Това състояние налага да се направят промени, чрез които да се осигури равен и достатъчен достъп за получаване на невременна, качествена и ефективна здравна помощ и представлява стратегически приоритет при провеждането на нова здравна политика. **Промените следва да гарантират и равен достъп до качествени лекарствени продукти.**

ПОЛИТИКА 4.1: Създаване на ефективни системи за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности

НАСОКИ

Недостатъчното ниво на качеството в системата на здравеопазването е една от основните причини за влошаване на здравето на нацията и за неудовлетвореност на хората.

Ефективността на здравните дейности се намира в силна и правопропорционална връзка с тяхното качество.

Проведените реформи в здравеопазването не водят до сериозно подобряване на качеството на различните дейности и то все още не отговаря на изискванията включени в определението на 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 удовлетвореността и на самочувствието пациентите;
- най-добрите възможни здравни резултати;

Една от важните причини за това състояние е, че в страната не е създадена и не действа йерархично построена система за осигуряване, управление и контрол на качеството (национално, регионално и институционално ниво). Досегашната дейност

на МЗ, БЛС и другите професионално-съсловни организации има недостатъчна ефективност, особено в някои от основните сектори на здравеопазването (системата за спешна извънболнична медицинска помощ, първичната медицинска помощ и др.).

Нивото на качество на здравните дейности се детерминира от множество фактори, сред които основно значение имат:

- професионалната компетентност на медицинските и немедицински специалисти участващи в процеса на извършване;
- технологиите, които се използват, тяхната съвременност, безпрепятствено използване и научна доказателственост;
- достъпа и условията при които се извършват здравните дейности.

Промяната на тези детерминанти и оттам на нивото на качеството може да се постигне само чрез създаването и функционирането на система за осигуряване, управление и контрол на качеството.

МЕРКИ

Реализацията на политиката ще изисква извършването на различни по вид и характер дейности насочени към промяна на основните детерминанти, които влияят върху нивото на качеството. От тях най-важно и стратегическо значение имат:

- Създаване специализирана агенция за осигуряване, управление и контрол на качеството към МЗ или чрез трансформиране на Изпълнителната агенция за медицински одит в Агенция по осигуряване и контрол на качеството и медицински одит;
- Промени в основните нормативни документи и възлагане като задължение за контрол и оценка на качеството освен на Изпълнителната агенция за медицински одит и на структурите на НЗОК и РЗИ;
- Преработване на наличните медицински стандарти и тяхното съобразяване с практиката от страните в ЕС;
- Осъвременяване на правила за добра медицинска практика и създаване на правила за добра медицинска практика по всички специалности (от БЛС и Дружеството на медицинските специалисти);
- Разработване на ръководства за поведение, клинични протоколи и др. документи свързани с осигуряване на качеството, основани на научни доказателства и осигуряване на тяхното прилагане в медицинската практика (от Дружеството на медицинските специалисти);
- Приемане на нова наредба за акредитация на лечебните заведения, с която да бъде опростена технологията и начина на нейното извършване;
- Приемане на нормативен документ за въвеждане на ресертификацията на лекарите със специалност и начина на нейното извършване;
- Изработване на нормативен документ за организирането, провеждането и резултатите от продължаващото медицинско обучение и участието на лекарите като задължителен елемент при ресертификацията;

- Разработване и въвеждане на информационна система за регистрация на големите отклонения от качеството на медицинските дейности (лекарски грешки);
- Приемане на национален план за въвеждане на иновации в областта на здравеопазването и неговата децентрализация по специалности, РЗИ и лечебни заведения;
- **Въвеждане на ефективна система на проследимост и промоция на рационална употреба на лекарствени продукти;**
- **Доразвиване и прилагане на правила за добра фармацевтична практика и фармацевтичен мениджмънт, основани на научни доказателства;**
- **Усъвършенстване на нормативната уредба, касаеща качеството на фармацевтичната помощ.**

ПОЛИТИКА 4.2: Модернизиране на дейността на системата за спешна извънболнична медицинска помощ

НАСОКИ

Политиката за решаване на проблемите в спешната помощ ще бъде насочена към осигуряване на равнопоставен достъп на населението, съответстващ на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност. Това ще изисква подобряване на функционирането на системата и гарантиране на нейната комуникационна, финансова, кадрова и материална устойчивост.

Анализът на състоянието на системата за спешна медицинска помощ показва наличието на множество проблеми, които на фона на нарастващото обществено недоволство от нейната дейност налагат извършване на радикални промени в структурата, организацията, функциите, в качеството на дейността и финансирането ѝ.

Това ще позволи да се решат:

- нарастващи диспропорции и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до своевременна и качествена медицинска помощ;
- влошаващата се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и мотивация на работещите;
- неудовлетвореността и здравна несигурност на обществото за качеството на здравните услуги в спешната медицинска помощ;
- нарушен интегритет и координация между спешната помощ и останалите части на системата на здравеопазване - първичната медицинска помощ, специализираната извънболнична помощ, болничната помощ, водещи до дестабилизиране на здравеопазването като цялостна система;

При реализацията на политиката в сектора на спешната медицинска помощ ще бъдат спазвани следните принципи:

- гарантиране на достъпа до спешна медицинска помощ на всички български граждани и пребиваващи на територията на страната, независимо от техния пол, гражданство, религия, здравноосигурителен статус и др.;
- запазване на задълженията на държавата и създаване на адекватна правно-нормативна уредба и съответно финансиране.

МЕРКИ

Реализацията на политиката за подобряване на състоянието на спешната извънболнична медицинска помощ включва и извършване на различни по вид и характер конкретни дейности, сред които основните и значими са:

- Разработване на нова нормативна уредба за спешната медицинска помощ, в която да бъдат определени обектът и обхватът на спешната помощ насочена към живото застрашаващите състояния и намаляване на обема и вида на неотложната помощ насочена към болни със състояния, които не застрашават техния живот (включително транспорт на материали, болни и др.);
- Разработване на ръководства за поведение при болните и пострадали с различни живото-застрашаващи състояния и за триаж на пациентите по вид на срочност;
- Разработване на пакет от критерии, които да послужат за създаване на стандарти за измерване на качеството на спешната медицинска помощ;
- Разработване на стандарти за броя и териториално разпределението на екипите, боря на санитарните линейки медицинско оборудване и др.;
- Подобряване на координацията с болничните заведения, с оглед съкращаване сроковете на прием на болните, вкл. създаване на интегрирана комуникационно-информационната система на ЦСМП и спешните отделения, за осигуряване на консултации;
- Разработване на програма за въвеждане на телемедицинските технологии в системата на спешната медицинска помощ за извършване на дистанционни консултации;
- Въвеждане на нова методология за заплащане на персонала в системата за спешна медицинска помощ и нейното обвързване с количеството и качеството на извършваните дейности;
- Увеличаване на бюджета на системата за спешна медицинска помощ с ориентир за достигане бюджета на системата за първична медицинска помощ, определен от НЗОК;
- Създаване на пакет от критерии за измерване на качеството на спешната извънболнична медицинска помощ;
- Въвеждане на нова система за започване и провеждане на специализацията на лекарите от системата за спешна извънболнична медицинска помощ, вкл. създаване на катедри по спешна медицина на основата на спешните отделения към университетските болници;
- Възстановяване на звеното за санитарна авиация;
- Създаване на национален координационен и методичен център по спешна медицина на базата на центъра за спешна медицинска помощ в София.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Осигуряване на своєвременност на обслужването – до 30 мин. на повече от 95% от пациентите;
- Постигане на почти пълно съответствие със стандартите за качество при обслужването на болните;
- Постигане на европейските стандарти за осигуреност с кадри, санитарни автомобили и технически средства;
- Увеличение на трудовите възнаграждения и достигане до средния размер в системата на здравеопазването и добавка като бонус за работа при трудни условия, качество и ефективност;

ПОЛИТИКА 4.3: Развитие на първичната медицинска помощ и създаване на условия за пълноценно и ефективно използване на потенциала на модела на общата медицинска практика и ефективната координация със СИМП

НАСОКИ

Политиката в областта на ПИМП и СИМП се изгражда въз основа на четирите стратегически елемента на първичната медицинска помощ, прокламирани в Декларацията на Световната здравна организация от Алма Ата:

- Необходимост от преориентация на здравните услуги по начин, който поставя първичната медицинска помощ в основата на системата за здравеопазване и отрежда спомагателни функции на специализираната извънболнична и болничната помощ, до които се прибегва, само когато това е необходимо;
- Концепция за здравна политика, която включва фактори, въздействащи върху здравето, каквито са начинът на живот и околната среда, т.е. разбирането за необходимост от междусекторен подход към здравната политика;
- Обществена и лична ангажираност, свързана с участие в процеса на вземане на решение, както и с по-голяма лична отговорност за здравето;
- Подходящи технологии за разходна ефективност, които включват по-рационално разпределение на средствата и тяхното преразпределение в полза на първичната и специализираната извънболнична помощ за сметка на болничната такава.

МЕРКИ

Повишаването на ефективността на първичната извънболнична помощ и на нейния принос за здравето на нацията чрез реализацията на посочената политика ще стане чрез извършване на разнообразни по вид и характер мерки. Най-важни от тях са:

- Разработване на нова нормативна уредба за организацията, устройството дейността, задълженията и др. на лекарите и лечебните заведения за ПИМП;

- Премахване или ограничаване на действието на различните лимитиращи технологии и забрани за ОПЛ при извършване на диагностична и лечебна дейност (направления за консултации и др.);
- Разработване от НЗОК и въвеждане на система за заплащане на ЛЗ за ПИМП, при която да се увеличава броя на дейностите и техните цени (вкл. заплащане за дейности в дома, въвеждане на домашен стационар, бонификация при диспансеризирани болни с повече от едно заболяване и др.);
- Разработване на нови стандарти за устройството и осигуреността с ресурси в съответствие с подобряването на финансирането на ЛЗ за ПИМП;
- Промяна в наредбата за специализация в частта ѝ за специализация по обща медицина с оглед на нейното опростяване и въвеждане на дистанционно теоретично обучение и съботно-неделни присъствени обучителни сесии и др.;
- Разработване и прилагане на модела на „мрежи” от индивидуални амбулатории като преход към създаване на групови амбулатории, като се създадат нормативни и икономически преференции;
- Ускоряване на процеса на създаване и прилагане в практиката на ръководства за поведение на ОПЛ при основните и масови болести с оглед до края на периода да се постигне средният брой в повечето страни от ЕС – 40-50;
- Прилагане на по-добър модел за оказване на медицинска помощ през нощта и в почивни дни чрез създаване на центрове за повиквания по типа на повечето от страните в ЕС;
- Отстраняване на териториалните диспропорции, което ще стане с използване ефективни политически и правно-нормативни и административно-управленски инструменти и по-широко включване на общините;
- Извършване на промени в Закона за професионално-съсловните организации в здравеопазването, с което да се създаде възможност организациите на отделните професионални групи да ги представляват пред органите на държавното управление, НЗОК и други финансиращи организации, включително и при провеждане на преговорите за НРД;
- Разработване на система за периодична акредитация на ЛЗ за ПИМП с оглед осигуряване на по-добро качество и на ресертификация на ОПЛ;
- Създаване на правна възможност болниците да разкриват специализирани консултативни центрове в своята структура и да имат право да сключват договори с НЗОК;
- Създаване на информационна система за резултатите от дейността на СИМП и контрол и оценка на качеството.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Реализацията на политиката в областта на първичната и специализираната извънболнична медицинска помощ ще доведе до по-голямо съответствие със съвременния модел на общата медицинска практика, като бъдат постигнати следните резултати:

- Увеличаване на броя на ОПЛ и ЛЗ за ПИМП и достигане на стойности определени с националната и регионални здравни карти;
- Увеличаване на относителния дял на лекарите със специалност по обща медицина – около 75-80% (сега 40%);
- Увеличаване на относителния дял на болните, които започват и завършват медицинската помощ в ЛЗ за ПИМП на 80% (сега около 60%);
- Повишаване на икономическия стандарт на лекарите, като техните възнаграждения съответстват на средните стойности на заплащане на лекарите в системата на здравеопазване в страната;
- Работещи специалисти в СИМП с осигурени адекватни условия за продължително обучение;
- Повишаване на отговорността на професионалната група на ОПЛ за дейността извършвана в ПИМП и резултатите от нея, чрез прякото участие на професионалната организация в решенията за управлението, финансирането и оценяването ѝ.

ПОЛИТИКА 4.4: Оптимизация на болничната помощ – създаване на баланс между потребностите от хоспитализации, организацията на системата, количеството и качеството на ресурсите за тяхното задоволяване

НАСОКИ

Промените в болничната система през стратегическия период ще изискват нова политика, различна от тази, която е провеждана след 2000г. (начало на реформата) и 2005г. (начало на промените във финансирането), вкл. прилагане на пазарните механизми и конкуренцията пред източниците на финансиране (НЗОК, компании по медицинско застраховане и др.).

МЕРКИ

Практическата реализация на политиката в областта на болничната помощ включва прилагането на конкретни и ясно дефинирани дейности, които са свързани с основните направления. Сред тях най-важно значение имат:

- Приемане въз основа на здравните потребности на населението и практическа реализация на Националната здравна карта за броя, вида и разположението на болниците и болничните легла, която да има задължителен характер и да се използва при взимане на решения за разкриване или отнемане право на дейност;
- Повишаване на изискванията за нивата на компетентност и създаване на система за непрекъснат мониторинг с участието на НЗОК, МЗ и БЛС;
- Разработване от МЗ на тригодишен план за реструктуриране на леглата в болниците с държавна собственост, с оглед повишаване на тяхната конкурентоспособност и на промените в потребността от хоспитализации;
- Внедряване на модел на „болнични мрежи” от държавни и общински болници, който да бъде основа за реструктуриране на болничните легла и йерархично разположение на ресурсите и неговото правно-нормативно уреждане от МЗ;

- Разработване на нова наредба за болничната помощ, с което да се отстранят причините с нормативен и организационен характер, които създават проблеми на болничната помощ;
- Въвеждане на задължение държавните болници за активно лечение да разкриват отделения за продължаващо лечение и рехабилитация, които да бъдат до 10%;
- Създаване на система за непрекъснат мониторинг върху приема на болните, качеството на извършените дейности и постигнатите ефекти – спазване на критериите за прием, получените непосредствени и крайни резултати от болничното лечение, направените разходи и др.;
- Разкриване на сектори и отделения по типа на едnodневни и дневни стационари за обслужване на болни без потребности от непрекъснато наблюдение;
- Разработване на ръководства за поведение, клинични протоколи и др. научно-приложни документи, от прилагането на които се осигурява приемливо процесуално качество и оттам по-висока ефективност;
- Разработване и прилагане на икономически инструменти за подобряване на връзката с лечебните заведения от извънболничната помощ с оглед на намаляване на повторните и т.нар. предотвратими хоспитализации;
- Предложения за промяна в Закона за здравното осигуряване за премахване на задължението за сключване на договор за дейност между НЗОК и всички разкрити болнични заведения и включване на конкурсен принцип за избор;
- Разработване и приемане на нормативен документ за защитени болници и определяне на задълженията на държавните (МЗ и РЗИ) и публични институции (НЗОК и БЛС) при тяхното управление и финансиране;
- Приемане на нов правен и икономически (търговски и финансов) статут на университетските болници;
- Промяна в методологията за ценообразуване на клиничните пътеки на принципа на разходопокриващите цени, вкл. и на тези за продължаващо лечение и рехабилитация;
- Разработване на методология и въвеждане на нова система за заплащане на болничната дейност – системата на диагностично свързаните групи в съчетание с глобалните бюджети;
- Разработване на нова нормативна уредба за определяне на трудовите възнаграждения на персонала в публичните болници (държавни и общински), която да включва задължително заплащане за ниво на качество и получени здравни резултати;
- Възстановяване на периодичната задължителна акредитация на болниците с използване на опростена технология и методология;
- Приемане на национални и регионални карти на болниците, в които се извършват задължителни хоспитализации на болни, обслужвани от ЦСМП;
- Завършване на специализирана болнична информационна система с включване на възможности за извършване на експертни оценки за качество и ефективност и скали за измерване на техните отклонения;

- МЗ с участието на национални консултанти и експерти от БЛС да разработи система от критерии и въвеждане на рейтингова система на болничните отделения по специалности и на болничните отделения на територията на цялата страна;
- Възстановяване на процеса на приватизация на определени болнични дейности, особено в територии с недостатъчно добра кадрова и техническа осигуреност.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Успешната реализация на политиката в областта на болничната дейност ще се измерва чрез постигане на следните резултати:

- Съответствие на броя на болниците и болничните легла към средно европейските стойности (брой на болници на 10 000 души и бр. болници на 10000 души);
- Намаляване на годишния брой на хоспитализации с 20-25% основно чрез намаляване на предотвратимите хоспитализации (по-точна експертиза на приема, разширяване на участието на извънболничната помощ);
- Промяна в структурата на хоспитализациите, като относителният дял на хоспитализациите за продължаващо лечение достигне до 30% от общия брой;
- Подобряване на ефективността на болничната дейност измерена с показателите за промяна на входното състояние на болните и на средносрочния леталитет след изписването им (до 3 месеца);
- Равномерно териториално разпределение на болниците след въвеждане на метода на защитените болници и възстановяване на приватизацията на болнични дейности.

<p>ПОЛИТИКА 4.5: Ограничаване на възможностите за неформални плащания в здравеопазването и антикорупционни политики</p>
--

НАСОКИ

Въпросът за неформалните плащания е особено актуален за страните от Централна и Източна Европа. Те са проблем за ефективността, справедливостта и качеството на предоставените здравни грижи защото изкривяват ефективното предлагане на публичните медицинските услуги по отношение на техния достъп, качество, цена и пациентска удовлетвореност. Неформалните плащания в България възлизат на около 3.6% от общите публични разходи за здравеопазване и представляват голямо предизвикателство за политиците.

Резултатите от последните изследвания, свързани с неформалните плащания, показват тенденция за увеличаването им, в резултат на негативно общо функциониране на здравеопазването и влошен здравен статус.

Част от неформалните плащания компенсират дефицити във финансирането на здравеопазването и се ползват с морално одобрение, както от страна на участниците в плащането, така и на обществеността като цяло. Други неформални плащания,

извършени под натиск, отговарят точно на международно признатата дефиниция за корупция. Тези плащания предизвикват масово недоволство сред потребителите на здравни услуги и техните близки.

Неформалните плащания се налагат като дарения или като такса за определена услуга. Те се инициират от пациентите или могат да бъдат поискани от доставчиците на здравни услуги и не зависят от демографския и социално-икономически статус на пациентите.

Причините за появата им се свързват най-често с недостатъчното финансиране, наличието на дисбаланси в сектора здравеопазване и в нормативно – административната среда, както и поведенческите традиции и културните възприятия. Медицинският персонал приема неформални плащания поради финансови, социални и психологически причини. Оценявайки заплащането на своя труд в сравнителен план, той възприема неформалните плащания като компенсация на своя труд (за допълнителни усилия за предоставяне на качествено лечение).

Неформалните плащания подкопават ролята на здравната политика и приоритетите ѝ, защото се утвърждават като допълнителен паричен поток, който на практика е нерегистриран. По този начин те препятстват извършването на реформи, като влияят негативно върху ефективността, разпределяне на ресурсите, социалната справедливост, качеството.

Политиката по отношение на неформалните плащания следва да бъде ориентирана към засилване на регулаторната система, административно регулиране на събирането и използването на потребителските плащания, както и диференцирането им, въз основа на здравен и социално – икономически статус и вида на услугата, увеличаване на доходите на лекари и медицински персонал, въвличане на професионалните и съсловните организации в решаването на проблема и преодоляване на корупционните схеми и практики.

МЕРКИ

- Подобряване управлението и отчетността в здравеопазването и изграждане на прозрачна система за мониторинг по отношение на достъп, качество, плащания;
- Непрекъснато инвестиране за подобряване на качеството на здравни грижи и подобряване на достъпа;
- Въвеждане на механизъм на заплащане на доставчиците, предоставящ възможност за адекватно заплащане и по-справедливо възнаграждение;
- Изграждане на прозрачна система за потребителски плащания и налична система за официални такси;
- Актуализиране на етичния кодекс на специалистите по здравни грижи и на медицинските специалисти;
- Повишаване на информираността на пациенти, лекари и политици, за негативните ефекти на неформалните плащания;
- Ограничаване на корупционните процеси във фармацевтичния сектор чрез прилагане на прозрачни отчетни административни процедури, промотиране на

етичните практики и внедряване на иновативната програма на СЗО „Добро управление на медикаментите” (GGM);

- Рационализиране на информационната и комуникационната система на МЗ и НЗОК по отношение на разпространяването на знания и информация за здравноосигурителните права, правата на пациентите и регламентите за използване на здравни и медицински услуги;
- Създаване на единен механизъм/система за наблюдение, събиране и анализ на данни от национални и регионални изследвания, сигнали от институции, публикации в медиите относно корупционни практики в здравеопазването; изнасяне на данните пред обществеността;
- Осъществяване на комуникация с медиите по въпросите на корупцията, повишаване на квалификацията на журналистите, които отразяват проблемите на здравеопазването;
- Насърчаване на изследванията за неформални плащания и оценка за корупция;
- Реформиране на цялостната система за финансиране.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Превенция и ограничаване на случаите на неформални плащания.

ПОЛИТИКА 5: Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести

НАСОКИ

Съществува неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението в България, съответно за предотвратяване на голяма част от хроничните незаразни болести и преждевременната смъртност. Основно този потенциал е в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите. Към това следва да са насочени социалните и здравни политики на национално и регионално ниво.

По-ефективна профилактика може да се постигне чрез едновременно обхващане на 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 незаразни болести; 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 привлечени всички обществени сектори, а не само структурите на здравната система (секторите извън здравеопазването, като образованието, социалната сфера и др., местните органи на власт, бизнесът, средствата за масова информация, неправителствените организации, населението). Само при такова междусекторно взаимодействие би могло да се изработи обща позиция какво и как трябва да се прави за насърчаване на здравословния начин на живот, като това бъде съобразено с наличните възможности и ресурси. При такъв подход системата на здравеопазване би трябвало да се фокусира не само върху лечебната дейност, но и върху развитието на здравния потенциал на нацията.

Необходимо е прилагане от всички звена на здравната система на интегриран подход в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите. Медицинските услуги, касаещи консултирането в областта на здравословния начин на живот, да бъдат основни наред с лечебно-диагностичната дейност на личните лекари, а на предлаганите от болниците услуги да се разшири спектъра им с такива, които имат профилактична насоченост.

Активното участие на самото население в изработването и реализацията на политиката е абсолютно необходимо. По този начин населението ще бъде в необходимата степен информирано и мотивирано за приобщаване към здравословния 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.

До 2010 г. у нас съществуват немалък брой национални програми с профилактична насоченост, като част от тях касаят отделни рискови фактори (тютюнопушене, нездравословно хранене), други - обширни тематични области (психично здраве), трети - отделни заболявания - остеопороза и т.н. В редица случаи

това поражда дублиране на дейности по различните програми в сходни тематични области, което е неоправдано разпиляване на и без това ограничения финансов ресурс. Освен това, при планирането на тези програми в повечето случаи не е разработен необходимият оценъчен инструментариум за етапно оценяване на тяхната ефективност, а оценяването на практика се прави след тяхното приключване.

В условията на ограничени възможности и финансови ресурси за профилактика е необходимо да се очертаят приоритетите, целите и дейностите в рамката на интегриран подход за намаляване на хроничните незаразни болести и последствията от тях, чрез разработката и реализацията на политики и програми за профилактика им.

Проблемите следва да се обхванат комплексно и да включват мерки, както за цялото население, така и за високорисковите групи, вкл. за по-добро лечение и рехабилитация на болните, създаване на условия за здравословен избор и намаляване на неравенствата в здравето.

Приетата с Решение №538/12.09.2013 г. на МС Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести има за стратегическа цел подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията за здравето (инвалидизация) от основните хронични незаразни болести.

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на хроничните незаразни болести бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. 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. Интегрираният подход е интервенция, която е насочена към няколко рискови фактори. Той комбинира различни стратегии, включително развитие на политики, изграждане на капацитет, партньорство и информационна подкрепа на всички нива. Включва междусекторни действия, които прилагат здравните политики, включително координирани действия, насочени към основните детерминанти на здравето.

Концепцията за факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите, при водещ популационен подход за интервенция. Популационният подход цели намаляване на нивото на рисковите фактори за всички лица, като създава благоприятна среда, позволяваща здравословен начин на живот посредством поредица мерки като промяна в законодателство, данъци, финансови стимули от правителството и др. Той има незначителен ефект за отделните лица, но значителен на популационно ниво, не изисква поведенчески промени, осъществява се сравнително бързо и е обоснован по отношение на разходите, т.е. води до „ползи за всички“.

В съвременния глобализиран свят на високи технологии, свободно движение на хора, стоки и услуги, заплахите от бързо разпространяване на заразни болести (вкл. хронични заразни болести – СПИН, хепатит и др.) стават все по-големи. Възникнаха реални рискове от разпространение на новопоявили се инфекциозни заболявания, както и такива, които поради климатичните промени рязко променят своя ареал и епидемичен

потенциал. Употребата на биологични агенти за причиняване на вреда (биотероризъм) се превърна в една от основните глобални заплахи. 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 риск. В Стратегията за национална сигурност на Р България (обн., ДВ, бр. 19/2008) особено внимание е отделено на дейността по надзора на заразните болести, опазването на страната от внос и разпространение на 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. Специални действия трябва да се предприемат за превенция на масови заболявания сред уязвими и маргинализирани групи от населението.

МЕРКИ

- Интегриран интердисциплинарен подход за промоция на здравето на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на Министерството на здравеопазването;
- Прилагане на модули за интервенция за намаляване факторите на риска при всички възрастови и професионални групи и др., с използване на различни стратегии при създаване на система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип;
- Развитие на координирани, съвместни дейности за здраве между обществените сектори, формиране на междусекторни съвети, работни групи и др.;
- Изграждане на диалог и партньорство с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации и сдружения, медии и др.;
- Надграждане на утвърдената национална политика и укрепване на институционалния капацитет по промоция на здраве и профилактика на болестите, вкл. за ограничаване употребата на тютюневи изделия; насочване на първичната здравна помощ по посока превенция чрез редукция на основните рискови фактори;
- Преориентиране на структурите на Националната система за здравеопазване (РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, болници и др.) към профилактични дейности, промоция на здраве и за успешни резултати от тях;
- Ефективно управление и координация на дейностите на национално и регионално ниво; изграждане на институционален капацитет за прилагане на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести; интервенции към намаляване на стреса в различни възрастови групи и различни среди (трудова, семейна, обществена);
- Използване на съществуващото научно познание и опит в областта на профилактиката, създаване на успешни модели за профилактика - развитие на

нови изследвания в тази насока; на национална политика за ограничаване употребата на алкохол; изграждане на хранителен модел за намаляване риска от хранителни дефицити (аминокиселини, минерали, витамини, мастни киселини и др.), на оценка и контрол на резултатите и др.;

- Повишаване предлагането на храни, допринасящи за здравословен модел на хранене, както и осигуряването на широк достъп до тях от цялото население;
- Изграждане на модел за повишаване на физическата активност на населението за постигане на по-добро здраве, дееспособност и дълголетие, създаване на условия и възможности за достъп на населението за практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм;
- Комплексна оценка на риска не само от физични, химични и биологични фактори на работната среда, но задължително и от ергономични и психосоциални фактори;
- Удължаване на продуктивния живот в добро здраве на населението;
- Усъвършенстване на националната политика за профилактика на оралните заболявания;
- Подобряване качеството на здравно образование и възпитание в детските градини и училищата;
- Подобряване на институционалния капацитет за укрепване на системата за надзор на заразните болести и поддържане на готовност за бързо откриване, идентифициране и ликвидиране на случаи на остри заразни болести, в т.ч. ваксинопредотвратими, нови или променили ареала и характеристиката си поради климатичните промени;
- Профилактика на ваксинопредотвратими заболявания;
- Поддържане на висок имунизационен обхват и организиране на бърз отговор при възникване на епидемични ситуации с възможност за приоритетни действия сред уязвимите групи от обществото;
- Създаване и поддържане на механизми за своевременна и адекватна реакция при здравни заплахи от биологично естество, в т.ч. биотероризъм.
- Развитие на системата за радиационна защита и намаляване на риска при използването на йонизиращи лъчения в медицината, промишлеността, науката и др.;
- Извършване на ефективен държавен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките със значение за здравето на човека, дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда;
- Координиране и синхронизиране на секторните политики за ограничаване и предотвратяване на риска от неблагоприятното въздействие на факторите на околната среда върху здравето.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Повишаване значението на промоцията на здравето и профилактиката на болестите при овладяване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията от заболяванията;

- Намаляване на преждевременната смъртност (смъртност преди 65-год. възраст) от сърдечно-съдови заболявания с 20%;
- Намаляване на смъртността от ХОББ с 5%;
- Стационаране на инвалидизацията от диабет;
- Увеличаване с 30% на случаите със злокачествени новообразувания, открити чрез преглед или скринингово изследване при локализациите, подлежащи на скрининг (рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото и правото черво);
- Намаляване равнището на разпространение на тютюнопушенето сред населението с 10%;
- Намаляване на относителния дял на лицата, злоупотребяващи с алкохол с 30%;
- Увеличаване на относителния дял на лицата, практикуващи физическа активност с умерена интензивност най-малко 30 минути, 5 дни в седмицата с 25%;
- Преустановяване на тенденцията за увеличаване честотата на затлъстяването при възрастното население;
- Запазване без увеличение на относителния дял на децата със затлъстяване.

ПОЛИТИКА 6: Осигуряване на ефективна грижа на уязвими групи от населението

ПОЛИТИКА 6.1: Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18г.

НАСОКИ

Политиката по деинституционализация на децата до 18г. включва дейности по осигуряване на живот в общността за всяко дете чрез изграждане на система от услуги и мерки, осигуряваща превенция на изоставянето и здравно-социална подкрепа за семействата и децата или алтернативна на семейната грижа.

Политиката включва продължаване на изпълнението на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България”, приета от МС на 24.02.2010 г. , включваща закриване на домовете за деца, вкл. ДМСГД и преминаване от институционален тип грижи за деца в риск към развитие на алтернативна грижа, ориентирана към семейна и близка до семейна среда.

Закриването на домовете за деца се осъществява чрез осигуряването на интегрирани здравно-социални и социални услуги по превенция на изоставянето и реинтеграция, алтернативна семейна грижа и здравни услуги за гарантиране здравето на децата от рискови групи, особено в ранна детска възраст.

Дългосрочните цели на политиката са насочени към създаване на висококачествени услуги за превенция на настаняването на деца до 3-годишна възраст извън семействата им и замяна на тези лечебни заведения с нови интегрирани здравно-социални услуги в общността за подкрепа на семействата и с акцент върху децата с увреждания.

Политиката ще бъде насочена към въвеждането в лечебните заведения на модерен подход към здравната грижа, като част от комплексните мерки за подкрепа на семействата преди, по време на и след раждането на децата им.

МЕРКИ

- Развитие и утвърждаване на интегративния модел на управление на процеса на деинституционализация на национално и регионално ниво;
- Развитие на капацитета на институциите по въпросите на деинституционализацията;
- Закриване на ДМСГД и развитие на интегрирани здравно-социални услуги: услуги за подкрепа и превенция; услуги за спешна закрила; заместваща семейна грижа; специализирана резидентна грижа;
- Обучение на персонала на ДМСГД за повишаване компетентностите и уменията му при предоставяне на грижа за деца с увреждания и работа в иновативните здравно-социални услуги, чрез въвеждащи и надграждащи обучения и супервизия;

- Децентрализиране на новите здравно-социални услуги към общините и финансиране като държавно делегирана дейност;
- Разработване на финансов механизъм, гарантиращ насочване на средствата за издръжка от съществуващите в момента специализирани институции към новите здравно-социални услуги;
- Изграждане на центрове за ранна диагностика и комплексно лечение и рехабилитация на деца с увреждания;
- Създаване на условия в лечебните заведения за болнична помощ с родилни отделения за утвърждаване на нов подход и култура по отношение на грижата за майките и децата;
- Създаване на мултидисциплинарни екипи по превенция на изоставянето на деца в лечебните заведения за болнична помощ;
- Повишаване на чувствителността на обществото по проблемите на изоставените деца.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Подобряване благосъстоянието на децата и гарантиране на правото на децата на семейна среда и на достъп до качествена грижа и услуги според индивидуалните им потребности.

ПОЛИТИКА 6.2: Модерно психиатрично обслужване на хора с хронични психични разстройства

НАСОКИ

Политиката определя стратегическите действия на държавата за постигане на добро психично здраве като основно човешко право. То е необходимо за здравето, благоденствието и качеството на живот и благоприятства обучението, работата и обществения живот на индивида. Както и всички елементи на здравето, така и психичното здраве играе съществена роля за успеха на икономиката и развитие на общество, основано на познанието. То е важен фактор при постигането на целите на Лисабонската стратегия за растеж, заетост, сплотеност на обществото и трайно развитие.

Налага се изводът за необходимостта от действия по промотиране на психичното здраве и благоденствието, засилване на превантивните действия и на взаимопомощта и в предлагането на подкрепа на хората страдащи от психични разстройства, както и на техните близки.

Основите на психичното здраве се поставят още в първите години на живота, поради което промоцията на психичното здраве сред младите и в образователната система са във фокуса на политиката и изискват въвеждане на механизми за бърза интервенция в цялата образователна система, програми за засилването на родителските компетенции, превенция на малтретирането, злоупотребата, насилието срещу младежи, и риска от обществено изключване сред младите и ангажиране участието на младите в образованието, културата, спорта и заетостта.

Психичното здраве и благоденствието на работното място представляват сериозни двигатели на продуктивността и иновацията. Ритъмът и естеството на работата не са вече същите, от това произтичат напрежения върху психичното здраве и благоденствието. Трябва да бъдат взети мерки за намаляване на отсъствието от работа и нетрудоспособността, и за подобряване на продуктивността чрез употребата на неизползван потенциал поради психични заболявания. Работното място играе определяща роля в социалната интеграция на лицата засегнати от психични разстройства. Необходима е цялостна политика в трудовата организация, методите на ръководене, сближаване на работата и семейният живот; оценка на рисковете и програми за превенция на работното място (стрес, малтретиране като насилие или злоупотреба на работното място, алкохолизъм и наркомания), политика за набирането на кадри, както и поддръжка, реадaptация или завръщане на работа на лицата засегнати от психични проблеми или разстройства.

Населението на България остарява, като и в целия ЕС. Остаряването може да засили някои рискови фактори за психичното здраве и благоденствието, такива като загуба на социалната опора, която се осигурява от семейството и приятелите или появата на физически или невродегенеративни болести като болестта на Алцхаймер и други форми на деменция.

Процентът на самоубийствата при възрастните хора е по-висок. Промотирането на здравето и на остаряването с активен живот представлява един от главните приоритети в тази област. Необходимо е да се работи за окуражаване на възрастните хора да участват активно в обществения живот, а именно чрез благоприятстване на физическата им активност и възможностите за обучение, да се съставят гъвкави пенсионни режими, които позволяват на възрастните хора да продължат да работят на пълно или непълно работно време, осигуряване на медицински или социални грижи у дома или в специализирано заведение.

Изисква се комплексен подход, насочен към обучението на здравните професионалисти и професионалисти в социалния сектор; мобилизиране на обществеността, намаляване на рисковите фактори, които биха могли да доведат до самоубийствено поведение (алкохолизъм, наркомания, изключване от обществото, депресия и стрес) и въвеждане на подпомагащи механизми за рискови лица и близките им.

Стигматизацията и социалното изключване, които представляват едновременно рискови фактори и последици от психичните разстройства, могат сериозно да възпрепятстват молбата за помощ и излекуването. 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, въвеждане на услуги за психично здраве, които са добре интегрирани социално и поставяне на индивида в центъра на грижите, окуражаване социалната интеграция на лицата, страдащи от психични разстройства, позволявайки им да имат по-лесен достъп до работните си места, до обученията и до адаптирани програми за обучение.

Политиката за модерно психично-здравно обслужване почива на няколко основни принципа:

- Участие в процеса на възстановяване на загубени социални умения. Ключов елемент в този процес е образованието на гражданското общество, неговата информираност за възможните ограничения на лечебната система и негативните последици от дадено професионално поведение. Процесът на обучение трябва да включва и самите професионалисти – психиатри, психолози, социални работници, сестрински персонал и др.
- Създаване на подходяща организация за активно издирване на лица с психични разстройства от специализираната психиатрична помощ с оглед повишаване мотивацията им за периодично наблюдение и лечение, а не поради стремежа обществото да бъде предпазвано от тях.
- Подобряване организацията в извънболничната и болничната психиатрична помощ насочена към осигуряване на персонално наблюдение и проследяване на пациента в хода на неговото боледуване и възстановяване през различните етапи на ползване на психично-здравни услуги.

Посочените принципи гарантират необходимия съвременен координиран и интегриран подход при грижите за хората с психични увреждания.

Приоритет в бъдещата дейност е развиването на услуги, свързани с психосоциалната рехабилитация на лицата с психични разстройства, като задължително условие за пълноценното им включване в живота на обществото. Рехабилитацията на хората с увреждания е цялостен процес и трябва да се създават програми и структури, които да осигуряват последователното провеждане на стъпките от този процес, а именно – медицинска, професионална и социална рехабилитация.

Необходимо е развитието на структури, позволяващи осъществяването на тези услуги, като центрове за психично здраве в общността, дневни центрове, защитени жилища, като и услуги, свързани с доставяне на грижите в дома на болния.

МЕРКИ

- Обединение на политиката и партньорството между системите на здравеопазването, правосъдието, образованието и социалната система, както и организациите на гражданското общество;
- Тематични проучвания на епидемиологията, причините, факторите и последиците при психичното здраве, както и върху възможностите за интервенция и добрите практики в или извън здравния и социален сектор;
- Промоция на психичното здраве и благоденствие на гражданите във всички обществено-икономически групи и във всички възрастови групи, етнически и сексуални принадлежности чрез намеси, съобразени със индивидуалните особености;
- Превенция на депресията и самоубийството;
- Превенция за психично здраве при младите и в образователната система;
- Превенция за психичното здраве на работното място;
- Осигуряване на добро психично здраве на възрастните хора;
- Борба срещу стигматизацията и социалното изключване;

- Използване опыта на лицата, които са се сблъскали с психични разстройства при изработката и прилагането на действията, както и създаване на механизъм за обмен на информация;
- Формиране на устойчива връзка и координация на съществуващите структури и услуги за психосоциална рехабилитация, и осигуряване на приемственост на лечебния процес във всички негови етапи;
- Разработване на правила, клинични препоръки, процедури и критерии за оценка, съставляващи алгоритми за психично-здравни услуги, които да осигурят непрекъснатост и комплексност на цялостния процес на психиатрично обслужване;
- Координиране и обвързване на алгоритмите за психично-здравни услуги с други здравни и социални програми (рехабилитационни, за превенция на алкохолизма и наркоманиите, за превенция и профилактика и др.), за да се гарантира процеса на психиатрично обслужване на пациенти с чести психични разстройства, зависимости, както и такива при деца и стари хора;
- Осигуряване на психично-здравни услуги според естеството на проблема и произтичащите от него потребности;
- Обучение на кадри в умения и знания, необходими за прилагане на нови подходи и дейности за осигуряване на психично здраве.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Постигане на растеж, заетост и развитие на обществото чрез постигане на добро психично здраве като основно човешко право.

<p>ПОЛИТИКА 6.3: Създаване на условия за достоен живот чрез ефективни форми за обслужване на възрастните хора</p>
--

НАСОКИ

Политиката е насочена към създаване на условия за достоен живот на възрастните хора, като по този начин се гарантира адекватна социална сигурност и равнопоставеност на поколенията, чрез увеличаване на ефикасността на системите на здравеопазване и на системите за дългосрочни грижи.

Политиката е в съответствие с приетия от ООН Международен план за действие по застаряване на населението в Мадрид през 2002 г. и очертава основни цели и елементи за предприемане на подход и мерки спрямо застаряването на населението, в т.ч. за осигуряване на здравни грижи, подкрепа и социална закрила за възрастните хора.

Застаряването на населението през последните години води до много сериозни обществени и икономически последици върху българската здравна система. Повисоките разходи са предизвикани не от самото застаряване на населението, а от увеличаване на заболяемостта на възрастните хора. Увеличаването на годините живот в добро здраве ще намали негативното влияние на стареенето на населението върху здравната система, както и ще направи пълноценни възрастните хора за техните семейства.

Политиката поставя на преден план потенциала на възрастните хора и възможностите, които предлага едно застаряващо общество и по точно едно здравословно застаряващо общество. Демографското развитие изисква системата на здравеопазването, здравните и другите съпътстващи услуги да бъдат така развити, че тяхната организация и капацитет да съответстват на нуждите на възрастните хора. Всички нуждаещи се от грижи лица трябва да получат услуги, необходими за запазване на тяхното здраве, самостоятелност и достойнство. Всички групи от населението, независимо от възраст, пол, финансов статус и местоживеене следва да имат равен достъп до висококачествени здравни услуги (включително, превенция, лечение, рехабилитация и палиативни грижи).

За да се намали негативното влияние на демографските промени върху здравната система и да се усети положителното им влияние върху други сфери, като икономическата и социокултурната сфера, е необходимо да се инвестира в качествени здравни услуги и здравни технологии за ранна диагностика и лечение на заболяванията, както и в превенцията, възпитаване на здравословен начин на живот и профилактика на болестите сред населението.

Обновяването на технологиите и въвеждането на новоразработени и по-ефикасни методи за ранна диагностика и лечение, в краткосрочен план са основен фактор за нарастването на разходите в системата на здравеопазването, но в дългосрочен план използваният целесъобразно технически и технологичен ресурс може да доведе до икономии на разходи.

Усилията на здравната система трябва да се насочат към единен холистичен подход за подобряване на здравния статус на възрастните хора, в който те са не само потребители, а и активни участници, осъзнаващи своя принос и своята отговорност за остаряването им в добро здраве.

Все по-голямо значение се отдава на включването на пациентите в разработването и планирането на здравни услуги и осигуряването на насочени към пациентите здравни услуги. Необходимо е създаване на здравни и социални услуги съобразени с нуждите на възрастните хора, в които при необходимост да се дава добро медицинско обслужване и качествено предоставяне на грижи. Те трябва да осигуряват услуги на възрастните хора, чрез които да останат колкото може по-дълго време в „нормална”, т.е. обхващаща няколко поколения среда.

Остаряването в добро здраве трябва да бъде подпомогнато с действия за подобряване на здравето и предпазване от болести през целия живот 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. Също така за остаряването в добро здраве съдейства активното популяризиране на здравословния начин на живот и намаляването на вредните навици, както и профилактиката и лечението на специфични болести, като се набляга на индивидуалния подход за лечение на всеки пациент.

Тъй като промените в демографски и социален план поражда нарастващи потребности за качествени дългосрочни грижи, предоставянето на достъп за всички,

подобряването на координацията на грижите и осигуряването на подкрепа за неинституционалните форми на предоставяне на грижи ще продължават да бъдат предизвикателство. Необходимо е да се намери точният баланс между обществените и частните отговорности и институционалните и неинституционалните грижи.

Постигането на по-високо качество на живот за възрастните и запазване на тяхната самостоятелност от гледна точка на здравния статус и благосъстоянието им е възможно при осъществяване на следните

МЕРКИ

- Повишаване на информираността на населението от всички възрасти за здравословен начин на живот;
- Повишаване уменията на възрастните хора по отношение на грижите за себе си, превенция на болести и увреждания;
- Продължаване на съществуващите национални профилактични програми за промоция на здравословния начин на живот, както и разработване на нови програми, със специален акцент към хората от третата възраст. Създаването на национални скринингови програми за социално значими заболявания на база медицински и финансово доказана ефективност е с приоритет;
- Деинституционализация на настоящия модел на грижа за възрастните хора и предприемане на мерки за подобряване на дългосрочните грижи за възрастните хора;
- Осигуряване на условия за равен достъп на възрастните хора до медицински, дентални и медико-социални услуги, с фокус върху малките населени места, в планинските, полупланинските и отдалечените райони;
- Финансиране и развитие на допълнителни здравни услуги, насочени към възрастните хора;
- предоставянето на адекватни и достатъчни дентални услуги при възрастните хора по задължителното здравно осигуряване”;
- Развитие на дългосрочната грижа чрез създаване на иновативни междусекторни услуги (с фокус върху интеграцията на социални и здравни услуги), които да бъдат предоставяни в съответствие с реалните потребности на нуждаещите се;
- Изграждане на адекватна мрежа от социални и здравни услуги в общността и домашна среда (разкриване на нови услуги в общността и в домашна среда, включително и предоставяне на почасови услуги в подкрепа на социалното включване);
- Подобряване на достъпа до превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция;
- Повишаване на професионалната квалификация на предоставящите здравни услуги за възрастни хора и подобряване на специализацията на кадри в областта на психологическата помощ и подкрепа за възрастни хора, както и на специалисти от основните специалности за профилиране в областта на гериатрията и геронтологията;

- Осигуряване на комплексна подкрепа на семействата, полагащи грижи за зависими членове;
- Акцентиране на политиката върху психоемоционалните, духовните и социалните аспекти на различните нива, на които се осъществяват палиативни грижи;
- Подобряване на взаимодействието между държавния и неправителствения сектор при предоставяне на здравни и социални услуги за възрастни;
- Насърчаване на доброволчеството в процеса на осигуряване на услуги за възрастни.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Гарантиране на достоен и активен живот на възрастните хора в добро здраве

ПОЛИТИКА 6.4: Достойна грижа за хората с трайни увреждания

НАСОКИ

Политиката е насочена към подобряване качеството на живот на хората с увреждания, недопускане на дискриминация по признак „увреждане“, осигуряване на равни възможности, пълноценно и активно участие във всички области на обществения живот, в това число и равен достъп до качествено и безопасно здравеопазване. Политиката ще се изпълнява чрез мерки, които е необходимо да се осъществят, за да се премахнат бариерите, които съществуват пред здравното обслужване на хората с увреждания.

Политиката е естествено изпълнение на препоръките на Съвета на Европа, добрите практики на държавите-членки на ЕС и принципите в Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.

Политиката е съобразена с обстоятелството, че много хора с увреждания имат нужда от повече общи и специфични за тяхното състояние проблеми - свързани с физическото, психичното и социално здраве, в сравнение с хората без увреждания. Затрудненията, свързани с физическия достъп и комуникационните проблеми също често присъстват в процеса на предоставяне на медицинските услуги, което налага предприемане на мерки за преодоляване на тези проблеми.

Политиката е насочена към осигуряване на хората с увреждания до общите здравни услуги трябва да бъдат достъпни за тях и да са в състояние да се справят със здравните нужди свързани с увреждането.

Тези предпоставки имат последствия за първичната медицинска помощ и за общата система на здравеопазване. Оптимална наличност и достъпност до основните здравни услуги на лекарите от първичната медицинска и дентална помощ играе централна роля. 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 от съответните лекари специалисти и лечебни заведения, в зависимост от вида и степента на увреждането.

Здравната помощ за лица с увреждания често се нуждае от интердисциплинарен подход, което налага нуждата от подобряване на координацията между различните здравни професионалисти, както и със съответните социални услуги, предоставяни на хората с увреждания.

Политиката е насочена и към въвеждане на форми на деинституализация на настоящия модел на грижа за хората с тежки физически и психически разстройства, където често институционалната грижа се характеризира с деперсонализация, липса на гъвкавост в дневния режим и програма, групов подход и социална дистанция. Изключително важно е да се осигури по-високо качество на услугите, предлагани в съществуващите специализирани институции с цел осигуряване на по-добро качество на живот.

В рамките на политиката са включени и действия, насочени към факторите, свързани с начин на живот, предвид обстоятелството, че хората с увреждания, които живеят в общността с малко подкрепа често могат да придобият нездравословни навици. Важно е те да бъдат запознати с потенциалните здравни и социални рискове.

Политиката отчита и социално-икономически аспекти, свързани с уврежданията, тъй като много хора с увреждания в страната имат нисък социално-икономически статус, което налага осигуряване на допълнителни средства за покриване на техните нужди.

Важен елемент на политиката е подобряване на модела за медицинска експертиза на работоспособността и оценката на специфичните нужди за хора с увреждания.

МЕРКИ

- Въвеждане в медицинската практика на ефективни промотивни и профилактични мерки с оглед недопускане на трайна инвалидизация на хората с увреждания;
- Развитие на структурите за физикална терапия и рехабилитация и рехабилитационната помощ;
- Подобряване на достъпа на хората с увреждания до медицинска помощ, в т.ч. Чрез изграждане на достъпна среда в лечебните заведения;
- Прилагане на съвременни медицински подходи за лечение (в т.ч. Прилагане на съвременни медицински изделия) и социализация и минимизиране на последиците от уврежданията за пълноценния живот на индивида;
- Обучение на персонала на лечебните заведения за работа с хора с увреждания;
- Подобряване на системата на медицинска експертиза;
- Интегрален подход за работа с хората чрез междусекторни връзки с агенцията за хора с увреждания, НОИ , МТСП и други заинтересовани институции;
- Работа с неправителствените организации, защитаващи интересите на хората с увреждания;
- Въвеждане на нови подходи за работа в общността и непрекъсната и интегрирана медицинска и социална грижа за хората с увреждания;
- Повишаване информираността на обществото за проблемите на хората с увреждания с оглед преодоляване на стигматизацията.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Равни възможности, пълноценно и активно участие на хората с увреждания във всички области на обществения живот

ПОЛИТИКА 6.5: Целенасочени усилия към подобряване здравето и благосъстоянието на уязвими групи от обществото

НАСОКИ

Политиката в тази насока е изучаване и определянето на уязвимите групи от обществото (рискните групи), на техните потребности и възможностите за разработване на действия по тяхното подпомагане. Тук основен акцент трябва да се постави върху неграмотните, хората от малцинствените групи; продължително и трайно безработни, изпаднали в социална изолация и икономическа зависимост от действията на държавата. Липсата или недостатъчната активност на държавата в областта на здравната политика е най-видима сред ромските групи. Има необходимост от комплексна и всеобхватна политика на всички институции по отношение на бежанците, жертвите на трафик на хора, домашно и друго насилие. Семействата на хора с алкохолна и други зависимости, болни със психични заболявания, болни с детска церебрална парализа или други трайни увреждания са друга категория, която е останала без необходимите специфични грижи и подкрепа от държавата.

Предвид факта, че някои от уязвимите групи са от различен етнически произход, е необходимо познаване на културните различия и традиции на отделните етноси от страна на медицинските специалисти с оглед подобряване медицинското обслужване и общуването с тях. Голяма част от по-бедните и по-ниско образованите уязвими групи прибегват към методите на самолечението. Това налага по-активна дейност от страна на всички медицински специалисти, както и утвърждаване на нови модели, вкл. и на модела на здравните медиатори, като предпоставка за подобряване на достъпа до здравни грижи, здравно образование и информирание.

МЕРКИ

- Осигуряване на стратегически фокус на обществените групи в риск (програмите и политиките да съвпадат с местната култура);
- Намалване на различията в достъпа до качествено здравеопазване чрез центрирането му към пациента и използване на интегрирана помощ, клинични ръководства основани на доказателства, осигуряване на достъпна лечебна и профилактична помощ за хора с физически, сензорни и когнитивни увреждания;
- Увеличаване капацитета на работната сила за идентифициране и адресиране на различията от изпълнителите на медицинска помощ, които да са достатъчно компетентни да отразяват обществените характеристики: раса/етническа група, култура, език, недееспособност;

- Подкрепа на научните изследвания за определяне на ефективни стратегии за елиминиране на различията (чрез преодоляване на пропастта между знания и практика);
- Стандартизиране и събиране на данни за по-добро идентифициране и адресиране на различията;
- Осигуряване на условия за промоция на здраве и профилактика на болестите чрез разработени и изпълнени програми за подобряване информираността на уязвимите групи чрез медицински съобразено и научно обосновано здравно образование, в т.ч. И сексуално здравно образование с цел ограничаване и на рисковото сексуално поведение;
- Осигуряване на интегрирани грижи от държавата, вкл. И психологическа подкрепа на бежанци, жертви на трафик на хора, домашно и друго насилие, както и на семействата на алкохолици, наркомани, болни със психични заболявания, болни с детска церебрална парализа или други трайни увреждания;
- Утвърждаване на модела на здравния медиатор като работещ модел на ниво община за преодоляване на културните бариери в общуването между ромските общности и медицинския персонал, преодоляване на дискриминационните нагласи в здравното обслужване на ромите и семействата в риск, в т.ч. Провеждането на профилактични програми и здравно образование;
- Повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи от населението съгласно националния имунизационен календар чрез внедряване на политики за пренасяне на дейностите директно до потребителя.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Интегрирана и съвременна държавна политика за подобряване качеството на живот на уязвими групи

ПОЛИТИКА 7: Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване

НАСОКИ

Политиката обхваща мерки за интегриран подход на институциите и обществото за здравето на децата. 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. Политиката е също отражение на схващането, че грижите за здравето на децата са инвестиция в бъдещи здрави поколения, тъй като през детството се поставят основите на човешкото здраве и се формира здравното поведение на всеки индивид, което обезпечава по-високо качество на здравния статус на националния човешки капитал. Управлението на детското здраве изисква специфични мерки във всеки период, които трябва да стартират още преди бременността на майката и да обхванат всички възрастови периоди до 18 годишна възраст. Те изискват усилия за обединение в една интегрална съвкупност на твърде различаващи се области на интервенции, които изискват различна компетентност, промотивни, профилактични, социални и психологически мерки, подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицинския персонал, учителите и цялостното население, изграждане на социални връзки и комуникации и укрепване на организационната мрежа с йерархични или координационни взаимодействия между различни правителствени и неправителствени институции.

Според Конвенцията на ООН за правата на детето, 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 целенасочена здравна политика може да се осъществи с активното участие на сектори като образование, икономика, финанси, социални грижи, спорта и др.

В този смисъл са и препоръките на ЕС, изразени в изготвената през 2005 г. Европейска стратегия „Здраве и развитие на децата и подрастващите”. Настоящата политика е синхронизирана с Европейската стратегия за детско здраве и интегрира седемте приоритетни направления за действие в условията на Европа – здраве на майката и новороденото, хранене, инфекциозни болести, травми и насилие, физическа околна среда, здраве на подрастващите, психосоциално развитие и психично здраве. Политиката излиза от тесните рамки на дейностите по осигуряване главно на медицински грижи за задоволяване потребностите от диагностика и лечение на нежеланата бременност, пренаталните грижи за майките, медицинските грижи насочени към различните проблеми във възрастовите периоди от 0-18 г. Политиката е насочена и към прилагане на европейските стандарти към редки болести, генетични заболявания и предразположения, хронични заболявания в детската възраст, деца с увреждания, деца със специфични потребности и др.

Особено голямо значение се отдава на осигуряването на информационно-образователни и здравно-консултативни услуги за здравословен начин на живот, на превенцията на злоупотребата с наркотици, тютюн и алкохол, на социокултурната и материалната околна среда, в която младите хора живеят и се социализират.

Идентифицираните проблеми в областта на детското здраве налагат интегриран подход и към преодоляване на съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната и най-вече между селата и градовете.

За изпълнението на политиката е необходим консенсус между държавната и местна власт, политическите сили, бизнес среди, гражданските организации за значението на детското здраве за съдбата на нацията и неотложността на мерките.

МЕРКИ

- Провеждане на проучвания за съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната, а така също и между селата и градовете и изработване на планове за действие по региони за преодоляване на негативните тенденции;
- Провеждане на проучвания за знанията, нагласите и поведението на подрастващите за собственото им здраве чрез количествени и качествени методи на изследване;
- Повишаване на информираността, знанията и нагласите на подрастващите за изграждане на жизненоважни умения за отговорно здравословно поведение;
- Подобряване познанията на населението по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата, хранене и здравословно поведение;
- Изграждане на консенсус, обмен на добри практики и система за комуникация между заинтересованите институции, неправителствени организации по въпросите на детското здраве;
- Утвърждаване и развиване на програми за здравно образование;
- Оптимизиране и разширяване на действащите профилактични и скринингови програми;
- Въвеждане на система за мониторинг и контрол за обхващането на бременните жени и децата за профилактични прегледи;
- Осигуряване на достъпни, качествени и ефективни квалифицирани здравни услуги преди забременяване, по време на бременността, раждането, следродилния период и за децата от 0-18 г., с акцент върху специфичните мерки във всеки период;
- Развитие на съпътстващи медико-социални услуги за бременни жени от рискови общности;
- Укрепване на материално-техническата база на лечебните заведения за създаване на благоприятни и съвременни условия за диагностика и лечение на деца и бременни;
- Подобряване на диагностиката на патологичната бременност чрез повишаване квалификацията на кадрите и осигуряване на подходяща апаратура;
- Подобряване на пакета услуги, предоставяни за бременни жени;

- Осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания;
- Внедряване на европейски стандарти за диагностика и лечение;
- Развитие на интегрирани иновативни междусекторни услуги за деца и семейства (с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др.);
- Осигуряване на профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за деца със специални потребности;
- Изграждане и утвърждаване на модел за предоставяне на продължителна здравна грижа за деца;
- Своевременно и качествено здравно обслужване в училищата, яслите и детските градини;
- Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата;
- Подобряване на комплексните грижи за деца с увреждания и деца със специфични потребности;
- Разширяване на обхвата и продължаване на Програмата за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 г. за нов петгодишен период и предоставянето на нови услуги по дентална помощ за децата по задължителното здравно осигуряване;
- Приемане на Национална програма по сексуално и репродуктивно здраве на населението;
- Подобряване на услугите в сферата за психичното здраве за децата чрез:
 - осигуряване на специализирани кадри съобразно потребностите в страната;
 - Реализация на програми – превантивни за деца с психични разстройства и техните семейства и др.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Интегриран подход и ефективно здравеопазване за майките и децата

ПОЛИТИКА 8: Регионална здравна политика, основана на доказателства

НАСОКИ

Със стартирането на реформата бяха направени множество опити за децентрализиране на вземането на решенията и провеждането на политики, свързани със здравето на ниво региони, области и общини, които не доведоха до очаквания резултат. В контекста на прилагането на европейските практики за развитието на регионите и общините е необходимо разработването и прилагането на нов подход в тази насока.

Здравната политика на общинско ниво е необходим елемент на общонационалната здравна политика, като проява на децентрализация и деконцентрация на управлението на здравеопазването и неговата адекватност към здравните проблеми на хората.

В прерогативите на общинската власт се съчетават изискванията на държавата с интересите на гражданите. Чрез тази своя позиция общината не само изпълнява общодържавните здравни политики, но следва да има и обективна възможност да въздейства върху държавната здравна политика. Като орган на местното самоуправление общинската власт е най-близо до потребностите, интересите и желанията на гражданите и има възможност за най-целесъобразно решаване на техните здравни проблеми. Затова трябва да бъдат намерени необходимите подходи и инструментариум и да бъде насърчавана и подпомагана, особено в общини, където пазарните механизми доведоха до почти пълен срив на общинското здравеопазване и лишиха гражданите в малките населени места от достъп до базови здравни услуги.

В този смисъл моделите на организация и предлагане на първичните, специализираните извънболнични и болничните услуги трябва да бъдат преразгледани на общинско и регионално ниво, като отговор на промените в демографската структура на населението, внедряването на нови технологии и повишените очаквания и изисквания на обществото за достъпна и качествена медицинска помощ.

Регионалните здравни политики трябва да се базират на социално-икономическия анализ на развитието на съответните региони и на специфичните здравни потребности на населението в тях, специфичното развитие на инфраструктурата – обща и здравна в тях, както и на влиянието на факторите на околната среда върху здравето и начина на живот на населението в региона, в т.ч. наличието на природни огнища на сериозни заразни заболявания.

Всичко това изисква активната подкрепа от страна на държавата на общинското здравеопазване и общинската здравна политика с цел гарантиране на достъпа на населението до базови медицински грижи като основен приоритет на здравната система в Република България.

МЕРКИ

- Изготвяне на анализи и планове за развитие на отделните региони, отчитащи:
 - реалните здравни потребности на населението в съответния регион;

- анализа на здравната инфраструктура с цел определяне на възможностите за задоволяване на здравните потребности на населението в съответния регион – материална база, ресурсна обезпеченост – персонал, апаратура и други;
- рисковите за здравето фактори на начина на живот и околната среда с цел разработване на адекватни и изпълними профилактични и промотивни мероприятия и програми;
- Утвърждаване на принципи за регионално разпределение на високотехнологични дейности и здравни услуги , деконцентрация на здравни услуги по региони, с цел осигуряване на равнопоставен достъп и качество на живот на населението;
- Утвърждаване на механизми за подпомагане на лечебните заведения в труднодостъпни и отдалечени райони – защитени болници;
- Планиране и осъществяване на регионални здравни програми в региони с определена специфика по отношение на заболявания с характерна ендемичност. Включване на всички обществени сектори от съответните региони при реализирането на тези програми, особено при определени регионални специфики.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Намаляване на регионалните различия в здравето на населението

ПОЛИТИКА 9: Здравни технологии, иновации и инвестиции

НАСОКИ

Политиката е насочена към разработване на ефективни инструменти и механизми за улесняване на внедряването на здравни технологии, иновации и инвестиции в здравното обслужване и с цел да се допринесе за постигането на новаторска и устойчива здравна система.

Оценката на здравните технологии представлява интердисциплинарен процес, предоставящ систематична, обективна и прозрачна научна информация за медицинските, икономически, социални, етични, правни и организационни аспекти от прилагането на здравните технологии в сферата на здравеопазването.

Главната цел на политиката е оптимизирането на здравните ползи в условията на ограничени бюджети за здравеопазване, като същевременно се отчитат очакванията и потребностите на индивидите. В този смисъл оценката на здравните технологии може да елиминира или ограничи интервенции, считани за небезопасни и неефективни, или тези, при които разходите надвишават потенциалните изгоди от прилагането им.

Стратегическите цели на оценката на здравните технологии се адаптират съобразно опита и нуждите на променящата се среда в системата на здравеопазването:

- Намаляване припокриването и дублирането на усилия и в резултат – насърчаване на по-ефективно използване на ресурсите;
- Увеличаване приноса на оценката на здравните технологии към процеса на вземане на решения, водещо до засилване влиянието на оценката на здравните технологии;
- Укрепване връзката между оценката на здравните технологии и формулирането на политики в сферата на здравеопазването;
- Разработване на принципи, методологични насоки, инструментариум и политики за създаване, публикуване, съхраняване и извличане на структурирана информация, свързана с оценката на здравните технологии;
- Тестване и внедряване на уеб-базиран инструментариум за обмен и архивиране на информация (база данни) и изготвената методология.

Необходимо е изграждане на капацитет за идентифициране и насърчаване на иновациите в здравеопазването, които оправдават стойността на социалните разходи. Необходимо е да се намери баланс по отношение на социалната стойност на иновативната дейност, свързана със здравни грижи, която се определя като разликата между социалната полза на подобрения в здравето на населението и социалните разходи, свързани с тази дейност.

Политиката е насочена към адекватното инвестиране в здравеопазването, което да доведе до добавена стойност за обществото. Допълнителните инвестиции за по-добро здравеопазване за населението са необходими не само от социални и етични съображения, но в дългосрочен план ще да допринесат за подобряване на конкурентоспособността на нацията в икономическо отношение. Основен акцент в политиката е създаване на механизми за адекватно планиране и устойчиво развитие на

иновативни услуги и високотехнологични методи за диагностика и лечение, които независимо от първоначалния обем на инвестициите, ще доведат не само до значим здравен ефект, но и да намаляване на разходите за здраве в дългосрочен план.

В момента разпределението на високотехнологичните болнични услуги в областта на сърдечната хирургия, неврохирургията, онкологията, трансплантацията на органи и тъкани, инвазивната кардиология и др. е повод за загриженост. Липсата на ефективен механизъм на планиране, поражда от една страна недостиг на такива услуги в някои региони, а в други е налице свръхпредлагане на определени високотехнологични болнични услуги.

Съвременното развитие на медицинската наука и практика, свързано с бързото развитие и внедряване на нови високи и скъпоструващи технологии налага установяването на дългосрочна политика за планиране на развитието им на територията на България, базирано на равнопоставен достъп на населението при максимално ефективно използване на публичния ресурс.

От друга страна внедряването на такива високи технологии изисква предварително изграден капацитет на лечебните заведения и утвърден човешки и научен потенциал, с каквито разполагат университетските болници и големите болници с областно значение.

Равномерното им разпределение на територията на страната гарантира равнопоставения достъп на населението от обслужваните райони, а техният капацитет позволява интегрирането на тези иновативни методи в контекста на комплексната грижа за пациента.

Средствата от структурните фондове на ЕС, инвестирани в областта на високотехнологичните болнични услуги, могат да изиграят особено важна роля за подпомагане на страната за развитие на здравната система и за изпълнението на целите на настоящата стратегия.

В рамките на Европейския съюз се предвижда изграждането на Европейска мрежа за оценката на здравните технологии, имаща за цел насърчаване на ефективно и устойчиво сътрудничество сред европейските държави за създаване и споделяне на обективна, надеждна, своевременна, прозрачна и прехвърляема научна информация, която да обслужва процеса по оценка на здравните технологии. Понастоящем дейностите в тази област са чрез механизма “Съвместни действия за оценка на здравните технологии”. Политиката на държавата е активно участие в тази мрежа.

Инвестициите за здраве са стратегии за подобряване на здравето състояние на населението като непрекъснато намаляване на здравните неравенства чрез:

- насочване на вниманието към социалните, икономическите и факторите на околната среда;
- промоция на здравето - подкрепа на здравословния начин на живот;
- превенция на болестите;
- повишаване достъпа до и предоставянето на адекватни здравни услуги на всяко ниво и на всеки нуждаещ се от тях.

МЕРКИ

- Осигуряване на устойчивост на инвестиционния процес чрез:
 - Анализи и оценки на потребностите от внедряване на приоритетни иновативни услуги и високотехнологични методи;
 - Утвърждаване на здравна карта на високотехнологичните методи за диагностика и лечение, основана на потребностите и равнопоставения достъп;
 - Планиране на инвестициите, свързани с иновации, високотехнологични методи и скъпоструваща апаратура в лечебните заведения за болнична помощ с областно значение и университетските болници;
- Пряка насоченост към организациите и общността, които да работят в партньорство при оценка на нуждите, изработването на планове за действие, споделяне на инвестициите, предоставяне на услугите и оценка на резултатите;
- Внедряване на стандартите GS1 в областта на здравеопазването чрез баркод за проследяване на пациенти, обслужващ персонал, медикаменти и медицинско оборудване с цел контрол на медицинското обслужване и лекарствено лечение, обединявайки усилията на болници, фармацевтични компании, производители на медицинска апаратура GS1 подобрява безопасността и грижата чрез намаляване на медицинските грешки и по-качествено проследяване на продуктите;
- Включване на GS1 системите за проследяване движението на хранителните продукти и ингредиенты от единия край на веригата за снабдяване и по целия път до потребителя;
- Изграждане на национална система за изследване на здравните системи със следните функции: определяне на изследователските приоритети, развитие на научния капацитет, определяне на изследователските стандарти и транслиране на доказателствата в практиката;
- Специално внимание се отделя на стимулирането и улесняването на научните изследвания посветени на универсалното покритие на населението със здравна помощ, обхващащи проучването както на причините, така и на резултатите от функционирането на здравните системи;
- Активно участие на страната в европейската мрежа по оценка на здравните технологии и съответните европейски инициативи;
- Иновации в областта на профилактиката на болестите, финансирането и управлението на здравеопазването.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

-Новаторска и устойчива здравна система, основана на ефективно внедряване на технологии и иновации.

ПОЛИТИКА 10: Развитие на електронното здравеопазване

НАСОКИ

Основен инструмент за осигуряване на ефективно функциониране на здравната система. Ключова мярка е интеграцията и свързаността в сферата на здравеопазването чрез изграждане на национална здравноинформационна система и осигуряване на достъп на гражданите до системата чрез електронен идентификатор. Единната информационна система на здравеопазване е базата, на която ще стъпи развитието на електронното здравеопазване с неговите основни съставни части - напр. електронно здравно досие, електронна рецепта, електронно направление, електронен портал и т.н.

Обвързването на процесите в здравеопазването в единна национална система с възможност за контрол и обмен на информация в реално време чрез модули за наблюдение на основни показатели за системата на здравеопазване гарантира взаимна обвързаност на всички процеси в системата с приложената иновативна технология и дава възможност за адекватно анализиране и интервенция от страна на Министерството на здравеопазването. Реализацията създава 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 финансовите процеси да бъдат прозрачни и лесни за проследимост, анализиране и контрол, а всички участници в системата да са удовлетворени от взаимоотношенията, постигнати чрез разширяването и надграждането на модулите на здравноинформационната система. Продължаващото развитие на националната здравноинформационна система акцентира и върху телемедицинските услуги. Машабното им разпространение при диагностика, лечение и оперативни интервенции ще допринесе и за повишаване на качеството и достъпността на медицинските услуги.

МЕРКИ

- 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
- Изграждане на единна Национална здравно-информационна система и осигуряване на достъп на гражданите до системата чрез електронен идентификатор
- Разширяване и надграждане на модулите на здравно-информационната система, чрез:
 - внедряване на електронни здравни карти;

- **въвеждане на електронна рецепта;**
- обмен на информация в реално време между заетите в сферата на здравеопазването на електронни направления, електронни рецепти, лабораторни данни и изследвания;
- 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, чрез криптирани форми за обмен на данни.
- 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.
- Разпространение на телемедицинските услуги при диагностика, лечение и оперативни интервенции;
- Нормативно регламентиране и създаване на подходящи форми на телемедицинските услуги – центрове и др.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Интеграция и свързаност в сферата на здравеопазването чрез национална здравна информационна система и реален достъп на пациента до информация за собственото му здраве

ПОЛИТИКА 11: Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията

НАСОКИ

Националните здравни предизвикателства изискват разбиране, подкрепа и съучастие не само от страна на политици, държавна администрация и съсловни организации, но и на цялото общество. Неправителствените организации все повече участват във формулирането на здравни приоритети и политики за обществено здраве, като наред с това работят по конкретни здравни проекти, защитават определени права на местно и национално ниво и предлагат здравни услуги. Подобряването на участието на НПО във формиране на здравната политика ще допринесе за преориентиране на здравната система в посока поставяне на пациента в центъра на системата и нарастване на доверието в нея.

Нарастването на гражданското участие в здравния сектор зависи от следните фактори:

- Бързо развитие на информационните технологии и широк достъп до информация, благоприятстващо възможностите за комуникация, изследвания и проучвания, сравнителни анализи;
- Увеличаващ се натиск за прозрачност и конкретни резултати от страна на отделните граждани и групи от населението, които искат да знаят и които търсят и защитават правата си;
- Нарастваща осъзнатост, че държавата се гради заедно с гражданите, които не бива да бъдат разглеждани само като данъкоплатци и/или гласоподаватели;
- Необходимост от формулиране и провеждане на политики, основани на доказателства, както и приемане на законодателна рамка, чието въздействие върху населението, политиката, икономиката и социалната среда е предварително изследвано.

От регистрираните над 5000 граждански организации у нас около 210 работят в областта на здравеопазването и правата на пациентите - основно фондации и сдружения. Най-често срещаните предмети на дейност по регистрация са защита правата на пациентите; информационна и образователна дейност; организация на обществени кампании и дейности за повишаване на здравната култура на населението; предоставяне на здравни услуги; граждански контрол и мониторинг (най-вече по отношение на корупция) и подпомагане на институциите в изработването на политики и програми по определени здравни проблеми. Прозрачността в дейността на НПО е необходим елемент за тяхното включване във вземането на решения по определени политики и се изразява предимно във формите на финансирането им и тяхната национална представителност.

Участието на организациите на гражданското общество в проучванията на общественото здраве е изключително важно, за да се ангажират обществените нагласи и мотивации за постигане на колективни ползи. В сектори като здравеопазването, които

обхващат практически цялото население на една страна без изключение, ангажирането на общественото внимание и усилия са от ключово значение за постигане на успех.

Държавата и НПО трябва да си сътрудничат в областта на научните изследвания в общественото здраве, за да разработват и популяризират политики, стратегии и програми, както и за да хармонизират посредством диалог и съвместни дейности междусекторните интереси в държавата на национално и местно ниво.

Основните проблеми в България, свързани с партньорството между държавата и НПО в здравния сектор и в частност участието на гражданските организации в проучвания за общественото здраве, са свързани основно с липсата на целенасочена и единна политика в това отношение. В последните години се забелязва относително отваряне на властта към обществени консултации, но все още в здравния сектор това в значителна степен се прави предимно чрез организация на кръгли маси и срещи, а не чрез реално взаимодействие с проекти, програми, смесени работни групи и др.

Едно от основните предизвикателства по отношение на подобряване на гражданското участие в процесите на вземане на решения и по-специално дейността по проучвания в общественото здраве, е необходимостта да се създаде култура на сътрудничество. Политиката в областта на общественото здраве изисква тя да се основава на реален опит и да бъде свързана с тези, за които се прави.

МЕРКИ

- Подобряване на нормативните възможности за взаимодействие между институциите и гражданското общество;
- Усъвършенстване на нормативната база за правата на пациентите;
- Повишаване на капацитета на НПО;
- Повишаване участието на НПО в изпълнението на проекти и програми, както и при оценка на резултатите;
- Повишаване на прозрачността в дейността и във формите на финансиране на НПО;
- Прозрачност и граждански контрол по отношение на корупцията, върху правилата и процедурите за обществени поръчки и др.;
- Подобряване на обществения контрол в изразходване на публичните средства за здраве;
- Участие на НПО при разработване на политики, стратегии и програми;
- Участие в обществени съвети за вземане на здравнополитически решения.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Поставяне на пациента в центъра на здравната система

ИЗПЪЛНЕНИЕ И МОНИТОРИНГ

1. Отговорни и ангажирани институции

На следващата таблица са отбелязани отговорните и ангажирани институции по осъществяването на съответните политики.

Политики	Ангажирани институции											
	МЗ	Други министерства	Общини	Национални центрове	РЗИ	МУ	НЗОК	ОПЛ	Специализирана медицинска помощ	ЛЗБП	Спешна медицинска помощ	НПО
Политика 1: Ефективно управление (ръководство) на здравеопазването за успешно постигане на стратегическите цели	x	x	x	x	x	x	x	x		x		
Политика 2: Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление	x	x	x				x					
Политика 3: Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората	x		x	x		x					x	
Политика 4: Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности адекватни на техните здравни потребности												
4.1 Създаване на ефективни системи за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности	x	x	x	x	x		x					x
4.2. Модернизиране на дейността на системата за спешна извънболнична медицинска помощ	x		x		x		x	x				
4.3. Развитие на първичната медицинска помощ и създаване на условия за пълноценно и ефективно използване на потенциала на модела на общата медицинска практика и ефективната координация със СИМП	x	x	x				x			x		
4.4. Оптимизация на болничната помощ – създаване на баланс между потребностите от хоспитализации, организацията на системата, количеството и качеството на ресурсите за тяхното задоволяване	x	x	x								x	
4.5. Ограничаване на възможностите за неформални плащания в здравеопазването и антикорупционни политики	x				x		x	x	x	x		x
Политика 5: Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x

Политика 6: Осигуряване на ефективна грижа на уязвими групи от населението												
6.1. Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18г.	x	x	x									
6.2. Модерно психиатрично обслужване на хора с хронични психични разстройства	x		x	x	x		x		x	x		x
6.3. Създаване на условия за достоен живот чрез ефективни форми за обслужване на възрастните хора	x	x	x	x	x			x		x		x
6.4. Достойна грижа за хората с трайни увреждания	x	x	x	x			x	x				x
6.5. Целенасочени усилия към подобряване здравето и благосъстоянието на уязвими групи от обществото	x	x	x		x		x	x				x
Политика 7: Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
Политика 8: Регионална здравна политика основана на доказателства	x	x	x	x	x		x					x
Политика 9: Здравни технологии, иновации и инвестиции	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Политика 10: Развитие на електронно здравеопазване	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Политика 11: Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията	x	x	x	x	x	x						x

2. Системна оценка

Изпълнението като цяло и на резултатите от интервенциите във всяка от петте здравно-политически цели изисква системна оценка. В най-общи линии тази оценка ще бъде насочена към:

- релевантността и адекватността на интервенциите по отношение на целите и задачите;
- степента на ефективност от интервенциите за всяка здравно- политическа цел;
- влиянието на интервенциите върху цялостното състояние на здравето на населението.

Показателите за оценка на ефективността от интервенциите и за резултатите от постигнатия напредък, ще покрият изцяло целите и задачите, съдържащи се в правителствените политики за подобряване на здравето и предотвратяване на болестите. Във връзка с това те са систематизирани в 3 основни групи:

2.1. Първа група: показатели за постигане на здраве за всички

А. Показатели за живот и за подобряване възпроизводството на населението:

- детска смъртност;

в това число:

- перинатална;

- неонатална;
- постнеонатална;
- обща смъртност;
- смъртност по възрастови групи:

в това число във възрастовите групи:

- от 1 до 9 години;
- от 10 до 19 години;
- от 20 до 65 години;
- над 65 години;
- смъртност по причини – общо и за всяка възрастова група;
- очаквана средна продължителност на предстоящия живот;
- честота на спонтанните аборти и на абортите по желание;

Б. Показатели за начина на живот.

- употреба на тютюневи изделия на човек от населението;
- консумация на алкохол на човек от населението;
- хранене и хранителен статус на населението;
- наркомании сред младежите;
- заболяемост от болести, предавани по полов път;
- относителен дял на лицата в активна възраст, практикуващи физическа активност с умерена интензивност най-малко 30 минути, 5 дни в седмицата; относителния дял на децата, практикуващи ежедневно физическа активност с умерена до висока интензивност най-малко 60 минути дневно.

В. Показатели за „качество на живот”.

- показатели за първична инвалидност по възраст и причини;
- показатели за обща инвалидност по възраст и причини;
- показатели за временна неработоспособност: честота на случаите, честота на загубените дни, средна продължителност – общо и по причини;
- показатели за отсъствието на ученици от учебни занятия поради заболяване – по причини;
- относителен дял на лицата над 65 години, способни да функционират самостоятелно;
- относителен дял на населението, свързано с обществено водоснабдяване, обществена канализация;
- заболяемост от болести, предавани чрез водата или храната;
- относителен дял на водите за къпане, съответстващи на изискванията.

2.2. Втора група: показатели за ефективността от действията, насочени към предотвратяване на болестите

А. Заболеваемост от заразни болести спрямо които съществуват сигурни средства за изграждане на имунологична бариера в човешкия организъм.

Б. Заболеваемост от други заразни болест.

В. Относителен дял на ранно диагностицираните хронични незаразни заболявания спрямо общия масив на новооткритите такива.

Г. Заболеваемост от хронични незаразни заболявания и увреждания:

- на органите на кръвообращението;
- злокачествени новообразувания;
- захарен диабет;

- хронична обструктивна белодробна болест;
- травми и злополуки.

Д. Индекс на здравето, т.е. отношението боледували/неболедували през цялата календарна година в отделните възрастови групи от 0 до 65 години.

2.3. Трета група: изготвяне и прилагане на интегрирани (обобщени) показатели за оценка на ефективността от изпълнението на петте национални здравно-политически цели

А. Интегрирани показатели за оценка на ефективността от проведени комплексни превантивни действия спрямо определени проблемни групи болести. Тези показатели ще включват: показателя за смъртността, загубените години живот в резултат на смъртта, броя на дните за болнично лечение, броя на амбулаторните посещения и броя на дните временна неработоспособност за всяка проблемна болестна група.

Б. Интегрирани показатели за оценка на ефективността от проведените комплексни превантивни действия спрямо определени контингенти от населението, обединени от общ физиологичен, производствено-професионален признак или заболяване. Тези показатели ще отразяват промените, които настъпват в здравето на диспансеризираните контингенти.

*

За контрола и оценката относно изпълнението на петте национални здравно-политически цели, ще се използват възможностите на съвременната здравно-информационна система. Последната ще даде възможност за събиране, обработка, анализ и съхраняване на необходимата информация на локално и национално ниво.

РЕЗЮМЕ

Основополагаща позиция на **Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г.**, е разбирането, че сложните и преплетени проблеми на здравето, които са винаги многофакторно обусловени наложително изискват ясна представа за подходите и времевите параметри за тяхното решаване. Това е още по необходимо като се има предвид, че в случая се отнася до проблеми, които са от жизнено значение за нацията и, че забавеното им решаване подкопава биологичните устои на българския народ.

Политическият контекст на петте здравно-политически цели включва не само вътрешни, но и международни фактори. Периодът, в който ще се реализират целите се характеризира с потребността от по-ускорено приобщаване на нашето здравеопазване към здравеопазната ценностна система на Европейския съюз

Стратегическата ориентация на петте здравно-политически цели е създаването на гаранции за сигурност и защита на индивидуалното здраве, здравето на семействата и общностите със тяхно основно и активно участие.

Приоритетните области по които ще се работи в програмния период са следните:

Приоритетна област 1.

Гарантиране на всеки български гражданин на надеждна система на здравно осигуряване, достъп до качествена медицинска помощ и здравно обслужване

Приоритетна област 2.

Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното здравеопазване с цел пълна прозрачност и ефективно използване на наличните ресурси

Приоритетна област 3.

Рационализиране на системите за финансово управление и контрол в здравеопазването

Приоритетна област 4.

Укрепване и модернизиране на системата за спешна медицинска помощ

Приоритетна област 5.

Регионална политика със специално внимание върху подкрепата на лечебните заведения в отдалечените и малки региони на страната

Приоритетна област 6.

Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване

Приоритетна област 7.

Устойчиво развитие на човешките ресурси с акцент специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение

Приоритетна област 8.

Преориентиране на здравната система към профилактиката и предотвратяването на социално-значимите заболявания.

Акцентът в петте здравно-политически цели се поставя върху развитието на промоцията на здравето и превенцията на болестите с ангажиране, както на държавните органи и местното самоуправление в областта на социалната политика, образованието и екологията, така също бизнесът и неправителствените организации в цялото им

многообразие и здравната система с нейните профилактични, лечебни и медико-социални структури.

Успешното развитие на парадигмата на трансформацията на здравеопазването и подобряване здравето на нацията в периода от 2014 до 2020 г. задължително се обуславя от:

- неотложното усъвършенстване на законодателството, на което се основават нормативните регламенти на профилактика на болестите и промоцията на здравето и на новаторските промени в структурата, финансирането, организацията и управлението на здравеопазването;
- развитието на междусекторно сътрудничество и партньорството между правителствените органи (институции) и организациите на гражданското общество с цел изграждане и изпълнение на програми за решаване на здравните и демографски проблеми на нацията.
- въвеждането на здравно-информационни стандарти и комуникационна политика в областта на общественото здравеопазване, за да се осигури необходимата информация и разбиране на здравните проблеми, съпричастност и единодействие при тяхното решаване;
- развитието на международното сътрудничество на страната ни в областта на здравеопазването с институциите на Европейския съюз, с Европейското бюро на Световната здравна организация и с други страни.

Очакваните резултати от изпълнението на петте здравно-политически цели включват позитивни промени в здравето, безопасността и благосъстоянието на населението като се гарантира достъпно и качествено здравно обслужване, развитие на човешките ресурси, знанията и иновациите в рамките на цялостната трансформация и електронизация на здравната система.

Изпълнението на петте здравно-политически цели значително ще подпомогне позитивирането на индикаторите за здравното състояние на нацията и приближаване на стойностите им до средните нива на страните от Европейския съюз.

**ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ –
АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ**

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ	3
1. ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЯ	5
1.1 Население	5
1.2. Раждаемост	5
1.3. Смъртност	6
1.4. Преждевременна смъртност	10
1.5. Детска смъртност	10
1.6. Средна продължителност на живота	10
1.7. Естествен прираст	11
1.8. Застаряване на населението	12
1.9. Заболеваемост и болестност	13
2. ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО	17
2.1 Социални детерминанти на здравето	17
2.1.1. Доходи и разходи	17
2.1.2. Бедност и социално изключване	18
2.1.3. Безработица	19
2.1.4. Образование	19
2.2. Рискови фактори на околната и трудовата среда	19
2.2.1. Атмосферен въздух	20
2.2.2. Питейни води	20
2.2.3. Води за къпане	21
2.2.4. Почви и отпадъци	21
2.2.5. Шум	22
2.2.6. Йонизиращи лъчения	22
2.2.7. Нейонизиращи лъчения	23
2.2.8. Трудова среда	24
2.3. Поведенчески рискови фактори	24
2.3.1. Тютюнопушене	24
2.3.2. Консумация на алкохол	25
2.3.3. Нездравословно и небалансирано хранене	26
2.3.4. Ниска физическа активност	27
2.3.5. Наркотици	28
2.3.6. Рисково сексуално поведение	29
2.3.7. Стресът като рисков фактор за влошено психично здраве	29
ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	31
1. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ	31
2. ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ	36
3. ФИНАНСИРАНЕ	41
4. УПРАВЛЕНИЕ	46

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БАН	- Българска академия на науките
БАПЗГ	- Българска асоциация на специалистите по здравни грижи
БВП	- Брутен вътрешен продукт
БЗС	- Български зъболекарски съюз
БЛС	- Български лекарски съюз
ДВ	- Държавен вестник
ДКЦ	- Диагностично-консултативен център
ДМСГД	- Дом за медико-социални грижи за деца
ДОО	- Държавното обществено осигуряване
ДПБ	- Държавна психиатрична болница
ДСГ	- Диагностично-свързани групи
ЕМП	- Електромагнитни полета
ЕС	- Европейски съюз
ЗЗБУТ	- Закон за здравословни и безопасни условия на труд
ИМП	- Изпълнители на медицинска помощ
ЙЛ	- Йонизиращи лъчения
КЦМ	- Комбинат за цветни метали
ЛЗ	- Лечебни заведения
МВР	- Министерство на вътрешните работи
МДК	- Медодобивен комбинат
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МК	- Металургичен комбинат
МО	- Министерство на отбраната
МП	- Министерство на правосъдието
МУ	- Медицински университет
МФ	- Министерство на финансите
МЦ	- Медицински център
НЗОК	- Национална здравноосигурителна каса
НЙЛ	- Нейонизиращи лъчения
НПО	- Неправителствена организация
НПР	- Национална програма за развитие
НРД	- Национален рамков договор
НСИ	- Национален статистически институт
НЦОЗА	- Национален център по обществено здраве и анализи
НЦРРЗ	- Национален център по радиобиология и радиационна защита
ООН	- Организация на обединените нации
ОПЛ	- Общопрактикуващ лекар
ОРЗ	- Остри респираторни заболявания
ОЦК	- Оловно-цинков комбинат
ПИМП	- Първична извънболнична медицинска помощ
РЗИ	- Регионална здравна инспекция
РЗОК	- Районна здравноосигурителна каса
СЗО	- Световна здравна организация
СИМП	- Специализирана извънболнична медицинска помощ
СПИН	- Синдром на придобитата имунна недостатъчност
ТЗ	- Трудова злополука

ФСМП	- Филиал за спешна медицинска помощ
ХИВ (HIV)	- Човешки имунодефицитен вирус (Human Immunodeficiency Virus)
ЦПЗ	- Център за психично здраве
ЦСМП	- Център за спешна медицинска помощ
APG	- Амбулаторно-пациентските групи (Ambulatory Patient Group)
dft	- Среден брой кариозни и obtурирани временни зъби на 1 прегледано лице
DMFT	- Среден брой кариозни, obtурирани и екстрахирани постоянни зъби на 1 прегледано лице
ESPAD	- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици)
IARC	- International Agency for Research on Cancer (Международна агенция за изследвания на рака)
SARS	- Severe acute respiratory syndrome (Тежък остър респираторен синдром)
UNGASS-AIDS	UNGASS-AIDS - United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

1. ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЯ

Демографската ситуация в България е формирана от продължителното и многопосочно действие на различни фактори, свързани с националната специфика и с характерните тенденции на демографските процеси в останалите европейски страни.

Основните характеристики на демографската ситуация в България са трайната тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване и свързаните с тях ниска раждаемост, нарастваща смъртност и отрицателно външно миграционно салдо, формирано предимно от млади хора. Средната продължителност на живота в страната запазва слабо изразена тенденция на нарастване и през последните пет години.

Измененията в броя и структурите на населението, както и тенденциите в демографските процеси оказват силно влияние върху икономическата, здравната, социалната и образователната системи на обществото. Взаимодействието между тези процеси е предизвикателство за всяко управление.

1.1 Население

Според Световната банка (2013 г.)¹, България преминава през дълбока социално-икономическа трансформация, предизвикана от необичайни демографски промени. Между 1950 и 1990 г. населението на България нараства от 7.3 на 8.8 милиона, след което преживява имплозия и намалява до 7 282 041 души през 2012 г. В градовете живеят 72.9%, а в селата – 27.1%. Жените представляват 51.3% от населението, а мъжете – 48.7%. Населението в България съставлява 1.5% от населението на ЕС и нарежда страната ни на 16 – то място по брой на населението.

Очаква се до 2050 г. населението да намалее до 5.9 милиона по данни на Евростат и до 5.5 милиона според прогнозите на отдела за населението на ООН. Този спад е свързан с големи промени във възрастовата структура на населението, определяща се от основните тенденции в демографските процеси.

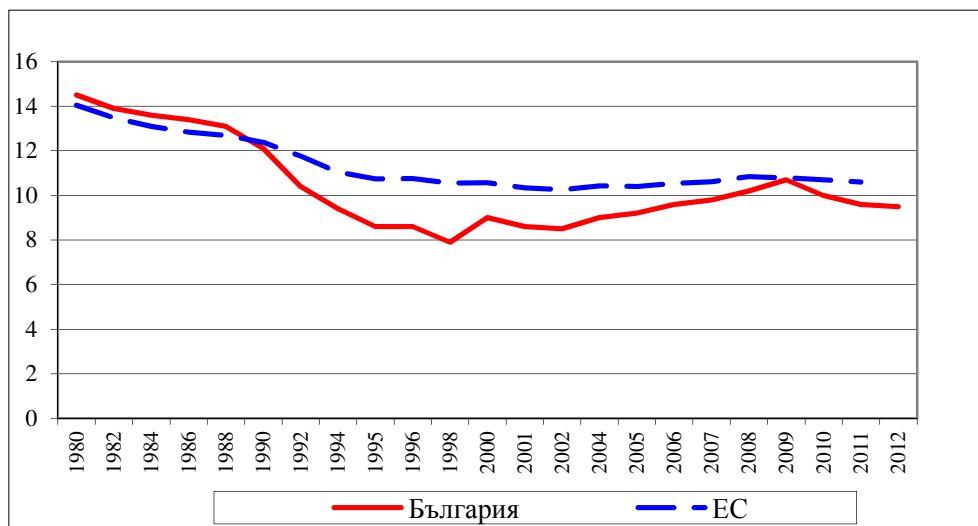
1.2. Раждаемост

През 2012 г. намалява абсолютният брой на ражданията (фиг.1). Регистрирани са 69 121 живородени деца. Коефициентът на общата раждаемост през 2012 г. намалява на 9.5‰, като достига най-високата си стойност за последните години през 2009 година – 10.7‰. Броят на жените във фертилна възраст намалява, но има известно увеличение на броя на ражданията, което се дължи основно на отложени раждания и на раждания на деца от по-висок ранг. Броят на живородените момчета през 2012 г. (35 662) е с 2 203 по-голям от този на живородените момичета (33 459). По-младата възрастова структура на населението в градовете и по-големият брой родилни контингенти, определят и по-високата раждаемост на населението в тях – на 1 000 души от градското население се регистрират 9.7 живородени деца, а на 1 000 души от населението в селата – 8.8

¹ Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението. Възможни варианти за България. Септември 2013 г., сс.146

живородени деца. По данни на Евростат, през последните години раждаемостта в България е на равнището на раждаемостта в редица европейски страни (Испания, Латвия, Унгария, Румъния). Коефициентът на раждаемост общо за Европейския съюз е 10.6‰.

**Фиг.1 Ниво на раждаемостта в България и ЕС
(на 1000 души)**



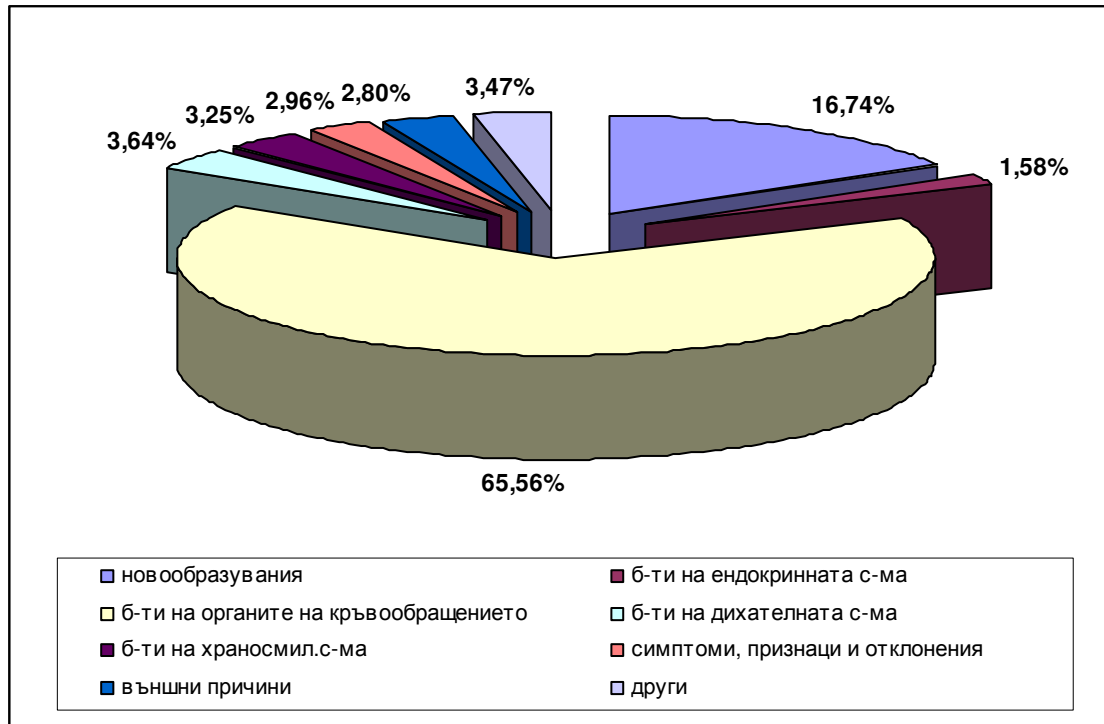
Броят на абортите през 2012 г. е 29 992, което е почти половината от ражданията в страната. Коефициентът за България (434 на 1000 живородени) е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС (222‰), като показателят е по-висок само за Естония и Румъния. Най-голям е дялът на абортите в най-плодовитите възрасти на жената – 25 – 29 г. (24.2%) и 30 – 34 г. (24.2%). Всеки 10 – ти аборт е извършен от лице на възраст до 19 години. Показателят за мъртва раждаемостта за страната (8.0‰) е също 2 пъти по-висок от средната стойност за ЕС (4.0‰). Висок се запазва и относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст. Продължава тенденцията на увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на извънбрачните раждания. През 2012 г. относителният дял на извънбрачните живородени деца е 57%. Високата извънбрачна раждаемост е резултат от значителното нарастване на броя на съжителствата сред младите хора без оформен юридически брак. За около 70% от извънбрачните деца има данни за бащата, което означава, че тези деца най-вероятно се отглеждат в семейна среда от родители, живеещи в съжителство без брак.

1.3. Смъртност

Нивото на общата смъртност на населението през 2012 г. е 15.0‰. Броят на умрелите лица е 109 281 души. Смъртността продължава да бъде по-висока при мъжете (15.9‰), отколкото при жените (14.0‰) и по-висока в селата (21.6‰), отколкото в градовете (12.5‰). Все още остава най-високо равнището на общата смъртност на населението в България в сравнение с европейските страни. Коефициентът на смъртност общо за Европейския съюз е 9.7‰.

Запазва се структурата на *смъртността по причини* в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.6%) и новообразуванията (16.7%) (фиг.2).

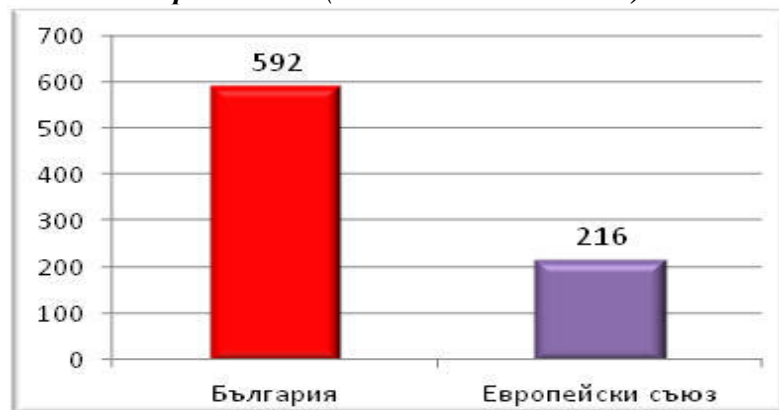
Фиг. 2 Структура на умираанията по причини в България през 2012 г.



Източник: НЦОЗА

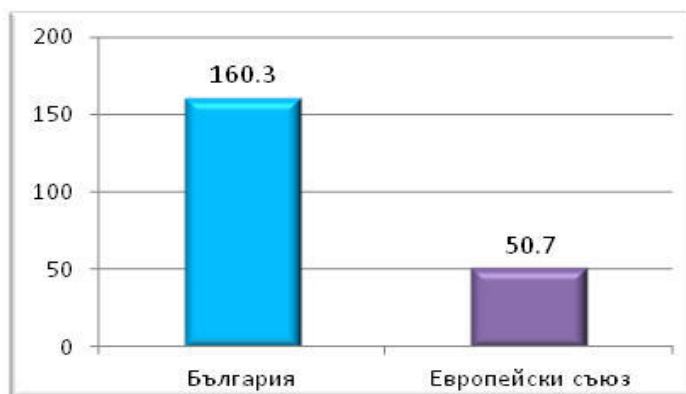
В структурата на умираанията от болести на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени мозъчно-съдовата болест, сърдечната недостатъчност и исхемична болест на сърцето (съответно 25.9%, 30.4% и 19.3%) (фиг. 3,4,5).

Фиг. 3 Смъртност от болести на органите на кръвообращението в България през 2011 г. (на 100 000 население)



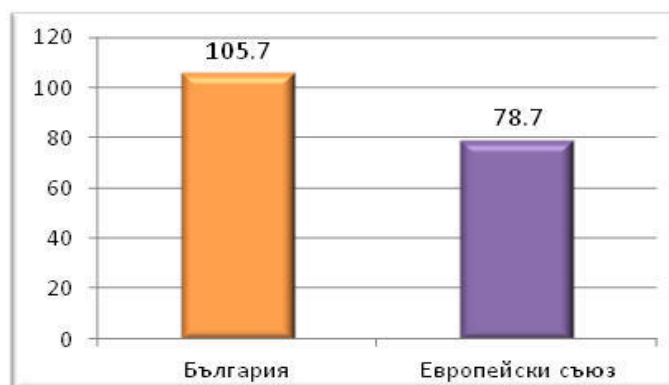
HFA – Mortality data base, January 2013; Стандартизирани коефициенти за смъртност

**Фиг. 4 Смъртност от мозъчносъдови болести в България през 2011 г.
(на 100 000 население)**



HFA – Mortality data base, January 2013; Стандартизирани коефициенти за смъртност

**Фиг.5 Смъртност от исхемична болест на сърцето в България през 2011 г.
(на 100 000 население)**

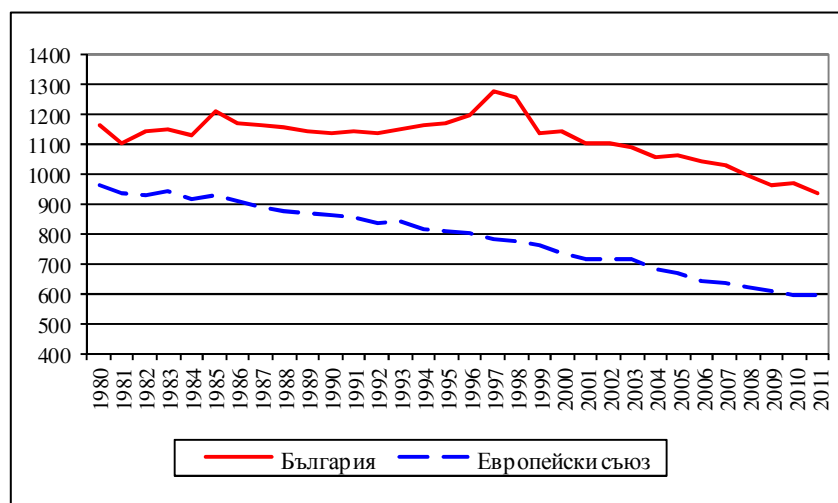


HFA – Mortality data base, January 2013; Стандартизирани коефициенти за смъртност

В структурата на умираанията поради злокачествени новообразувания водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб (19.76%), следват тези на дебелото черво (9.41%), млечната жлеза при жените (7.72%), стомаха (7.09%), панкреаса (5.84%) и на простатата (5.16%). Общо те обуславят повече от половината умираания от този клас болести (54.98%).

България остава сред страните от Европейския съюз с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност (932,87‰). В повечето развити европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (591.66‰) (фиг. 6).

Фиг. 6 Стандартизирани коефициенти за обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)



Стандартизираният коефициент за смъртност на 100 000 души население в България, надвишава средния за ЕС по 17 причини. България заема първи места по стандартизирания коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест и някои състояния, възникващи в перинаталния период (табл.1).

Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението за нашата страна е 3.8 пъти по-висок в сравнение с този за Европейския съюз.

Табл.1 Показатели за здравен статус. България и съпоставими страни (2009 г. или последната, за която има данни)

Страни	Продълж.на живота при раждане – ПЖ (г.)	Намаляв. на ПЖ при смърт преди 65 г.	Детска смъртност	Стандартиз. смъртн.(СС) по всички причини на 100 000	СС, заболяв. на сърд.-съдова с-ма	СС, злокач. новообр.	СС, хрон. заб.на черен дроб, цирроза	Туберкулоза
Австрия	80.6	4.1	3.8	563	213	158	15	5.3
България	73.4	6.9	8.6	995	611	172	18	35.4
Чехия	77.5	4.8	2.9	744	357	197	16	6.0
Гърция	80.3	4.0	3.2	577	245	154	5	4.1
Румъния	73.6	7.2	10.1	959	549	181	47	97.2
Словакия	74.3	6.3	7.2	945	509	208	25	8.1
Словения	79.3	4.6	2.6	632	235	202	25	9.1
ЕС	79.6	4.6	4.3	622	234	173	14	13.5
Нови държави-членки	75.1	6.6	6	873	436	199	27	35.9

Източник: База данни „Здраве за всички” (август 2012 г.)

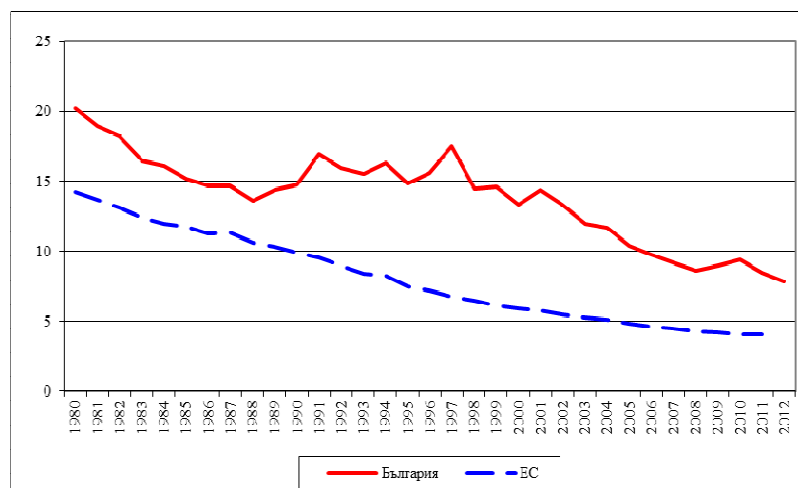
1.4. Преждевременна смъртност

Показателят за преждевременната смъртност намалява. През 2012 г. той е 22.3% срещу 23.3% през 2011 г. и е два пъти по-висок сред мъжете - 29.8%, отколкото сред жените - 14.2%. Общият показател за преждевременната смъртност за Европейския съюз е близо 22% .

1.5. Детска смъртност

През 2012 г. в страната са умрели 536 деца на възраст до една година. Коефициентът на детска смъртност е 7.8‰, най-ниският в демографското развитие на страната. Независимо от положителната тенденция за намаляване на нивото ѝ, детската смъртност продължава да е по-висока от тази в европейските държави. Коефициентът на детска смъртност общо за Европейския съюз е около два пъти по – нисък (4.1‰) (фиг.7).

Фиг.7 Детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)



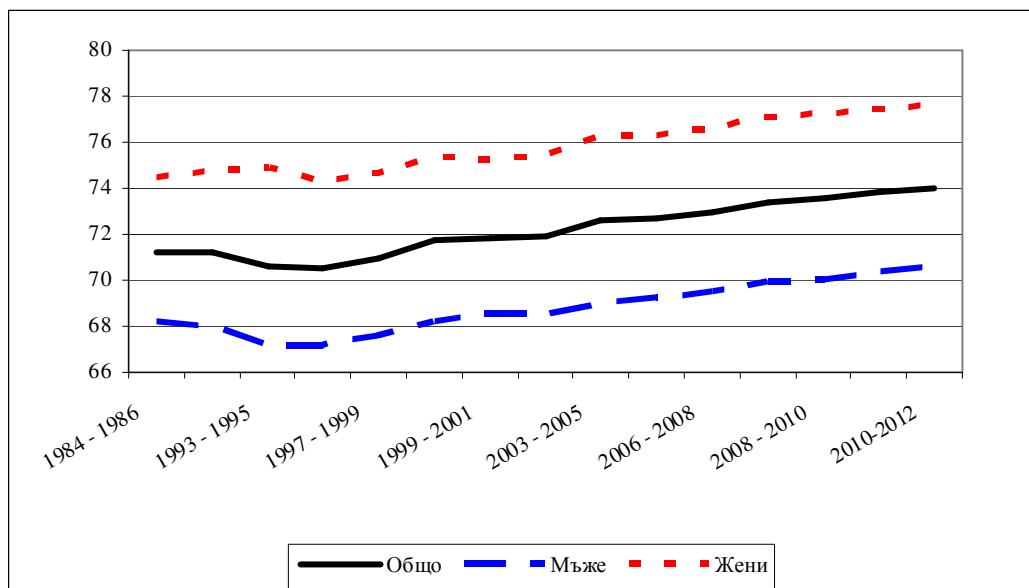
Перинаталната детска смъртност продължава да се задържа висока и през последните години. През 2012 г. е 11.0 на 1000 родени деца, като остава 1.5 пъти по-висока от средния показател за Европейския съюз (7.2‰). Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзrastови показатели за детска смъртност (неонатална и постнеонатална), сравнени със средните стойности за ЕС. Неонаталната детска смъртност е 4.5‰ през 2012 г. Средната стойност на този показател в Европейския съюз (2.7‰) непрекъснато намалява и е 1.7 пъти по-ниска от тази за България. Постнеонаталната детска смъртност показва намаление през последните години и през 2012 г. е 3.3‰, но въпреки това остава 2.4 пъти по-висока от средната стойност за Европейския съюз (1.4‰).

1.6. Средна продължителност на живота

Общият показател за средната продължителност на предстоящия живот при раждане за периода 2010 - 2012 г. е 74.02 години, като запазва тенденция на повишаване. Въпреки това, очакваната продължителност на живота в България е с около 6 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.86 години). Средната

продължителност на живота за мъжете (70.62 г.) е по–ниска от тази за жените (77.55 г.) или жените живеят с около седем години повече. Средната продължителност на живота за мъжете и жените в страните от Европейския съюз е съответно 77 и 83 години (фиг.8).

Фиг.8 Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди



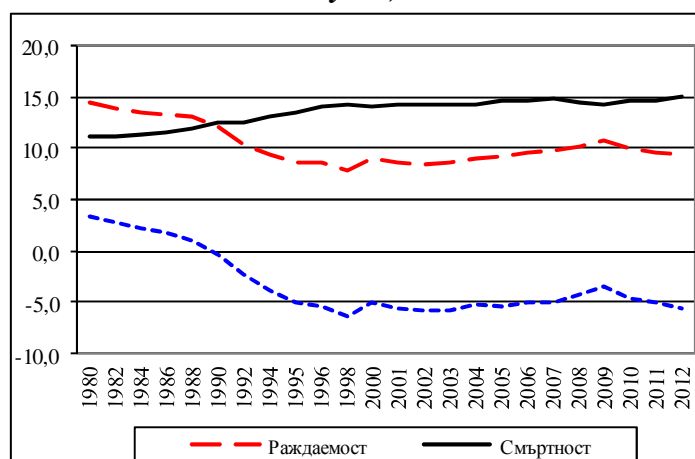
Източник: НСИ

Броят и структурата на населението се определят от размерите и интензивността на неговото естествено и механично (миграционно) движение.

1.7. Естествен прираст

Абсолютният брой на естествения прираст за страната през 2012 г. е минус 40 160 души, което показва запазване на тенденцията на нарастване на отрицателния естествен прираст за страната, започнала от 1990 г (фиг.9). Намалението на населението, измерено чрез коефициента на естествения прираст, е минус 5.5%. Коефициентът на естествен прираст продължава да е с много висока отрицателна стойност в селата - около 5 пъти по–голям от този в градовете, което означава, че намалението на населението в страната - резултат на естествения прираст се дължи предимно на негативните демографски тенденции в развитието на населението, живеещо в селата.

Фиг.9 Раждаемост, обща смъртност и естествен прираст в България (на 1000 души)



В Европа, освен нашата страна, с отрицателен естествен прираст на населението са Австрия, Италия, Португалия, Румъния, Литва, Германия и Унгария - от минус 0.4‰ до минус 4.0‰. Всички останали европейски страни имат положителен естествен прираст. Коефициентът на естествения прираст общо за Европейския съюз е 1.0‰.

Механичният прираст като разлика между заселени в страната (14 103) и изселени от страната (16 615) също е отрицателен (-2 512) и бележи намаление в сравнение с 2011 г. (- 4 795) за сметка на по-големия брой заселени лица. Емиграцията от началото на 90-те години на миналия век е причина за 6% намаляване на населението на България и 10% спад на икономически активното население.

1.8. Застаряване на населението

Важен демографски проблем е продължаващият процес на застаряване на населението, който се изразява в нарастване на средната възраст на населението и в промените на неговата възрастова структура. През 2012 г. разпределението на населението по основни възрастови групи показва, че лицата от 0 до 17 години са 1 177 786 (16.2%), на възраст от 18 до 64 години – 4 709 177 (64.7%), а над 65 години – 1 395 078 (19.1%). Промените в структурата на населението по основните групи показват нарастване на относителния дял на населението над 65 години за сметка на останалите възрасти. Процесът на застаряване на населението е характерен за по-голямата част от страните в Европейския съюз.

Намаляването на раждаемостта играе важна роля за застаряване на населението, тъй като води да намаление на числеността на младите възрастови групи (0 до 14 години). През 2012 г., техният относителен за нашата страна е 13.6%, а в страните от Европейския съюз е средно 15.6%.

Броят на възрастните хора за последните години непрекъснато нараства, което съчетано с по-малък брой работещо население и по-голям дял на хората, излизаци в пенсия, ще натовари допълнително социалната и здравната система. До 2050 г. се очаква един на всеки трима българи да бъде по-възрастен от 65 години, а само един от всеки двама ще бъде в трудоспособна възраст. България е на път да отбележи най-

стремителния спад на населението в трудоспособна възраст в световен мащаб до 2050 г. Графичното представяне на населението в България представлява пирамида през 1950 г, сфера през 2010 г., а през 2050 г. се очаква да бъде обърната пирамида (фиг.10).

1.9. Заболеваемост и болестност

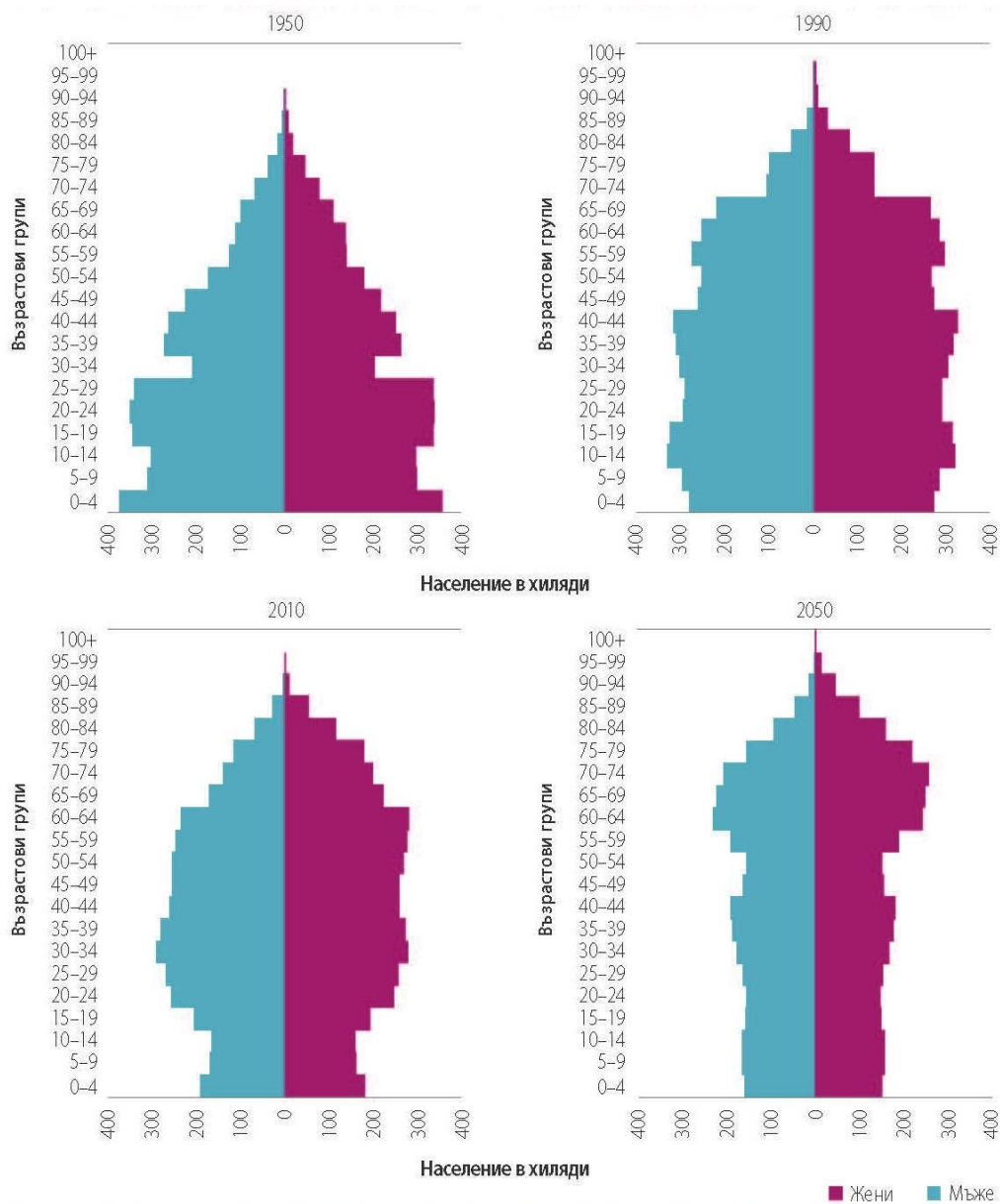
От 2000 г. не се публикуват данни за регистрираната заболеваемост по обращаемост, както и за заболяванията, водещи до временна неработоспособност поради промяна в първичната регистрационна документация и начина на отчитане след въвеждането на системата на НЗОК. Отсъствието на такава информация значително затруднява провеждането на анализ на нивото, структурата и тенденциите в разпространението на хроничните неинфекциозни заболявания.

Официалната статистика в страната предоставя информация за регистрираните случаи на: заразни болести, туберкулоза, болести, предавани по полов път, психични, злокачествени заболявания и хоспитализации.

В резултат на целенасочената здравна политика, в т.ч. имунизационна, редица **заразни болести** в България са ликвидирани или сведени до единични случаи – малария, дифтерия, полиомиелит, бяс, тетанус, морбили. Данните за националния имунизационен обхват с включените в имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма (от 93.5% срещу пневмококови инфекции до 97% срещу туберкулоза при новородени, 2012 г.). В резултат се наблюдава намаляване на случаите на остри ваксинапредотвратими заразни заболявания, но се увеличават ентероколитите с неуточнена етиология и зооантропонозите с бактериална, вирусна и паразитна етиология.

През последните години по данни на Министерството на здравеопазването в България се наблюдава тенденция за намаляване на заболяемостта от **активна туберкулоза** – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 26.6 на 100 000 през 2012 г. През 2012 г. в страната са регистрирани 2 280 пациенти с туберкулоза. В сравнение с 2011 г. се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 127 или с 5%, но въпреки това заболеваемостта остава 2.2 пъти по-висока от средната в ЕС (12.2‰). Тенденцията за намаляване на заболяемостта през последните четири години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

Фиг.10 Един век демографски промени в България



Източник: Собствени изчисления въз основа на данни от Отдела за населението на ООН (2011 г.).

По данни на Министерството на здравеопазването до 2012 г. в България са регистрирани общо 1 630 лица с **ХИВ инфекция**. През 2012 г. броят на новорегистрираните случаи с ХИВ е 157, което представлява с 22% намаление в сравнение с 2011 г., когато са били регистрирани 201 случая. От общия брой регистрирани случаи на ХИВ през 2012 г. мъже са 123 (78 %) и 34 (22 %) са жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2012 г. са 64.

През 2012 г. нараства болестността, а намалява заболяемостта от **злокачествени новообразувания** спрямо предходната година. Показателите са съответно 3703.0‰ и 432.4‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1286.9‰) и рак на женските полови органи (1092.3‰), а на

заболеваемостта - от рак на храносмилателните органи (96.6‰), рак на млечната жлеза при жените (95.2‰) и рак на женските полови органи (80.1‰). Заболеваемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания (488.78‰), макар и по-висока, бележи тенденция на намаление.

Статистическите данни за **хоспитализираната заболеваемост** за последните години показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства, както общо, така и по възрастови групи. През 2012 г. са хоспитализирани 2 040 666 случаи (27 236.6‰). Най-висока е хоспитализацията на лицата на възраст над 65 години (47 969.2‰), следва групата на децата от 0 до 17 години (25 373.1‰) и най-ниска е при възрастовата група 18-64 г. (22 704.8‰) – 2 пъти по-ниска от тази сред лицата на възраст над 65 години. Сред причините за хоспитализация по класове болести **водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.4%), болестите на дихателната система (10.6%), и болестите на храносмилателната система (8.9%),** които обуславят общо около 1/3 от хоспитализациите. Въведените клинични пътеки оказват определено влияние върху нивото и структурата на хоспитализираната заболеваемост, поради което някои от показателите следва да се разглеждат условно.

Броят на **психично болните под наблюдение на психиатричните заведения** намалява и през 2012 г. показателят е 1 982‰. Данните по заболяванията показват, че това са предимно лица с шизофрения, умствена изостаналост, афективно разстройство и др. Реалният брой на психично болните вероятно е по-голям, предвид промените в нормативната уредба, които отмениха задължителния характер на регистриране и наблюдение на тези болни от психиатрични структури. Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като най-засегната от него е групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%). Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства.

През 2012 г. честотата на **самоубийствата** на 100 000 население в България е 11.9, което поставя България сред държавите със средна честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 5.3‰ и е 3.5 пъти по-ниска от тази при мъжете (18.9‰). Общият брой на опитите за самоубийства е 3005, от които 25.5% са били с фатален изход.

Проведеното през 2011 г. Национално епидемиологично проучване в 28-те области на страната за установяване на **състоянието на оралния статус** на 21 160 деца от двата пола, в 3 стандартизирани възрастови групи (5-6, 12 и 18 години) по методика на СЗО сочи, че само 28.87% от децата на 5 г., 21.31% от децата на 12 г. и 8.31% от 18-годишните са без кариеси. Средните стойности на dft (среден брой кариозни и obtурирани временни зъби на 1 прегледано лице) за страната при децата на 5-6 г. са 3.69. При 12-годишните средните стойности на DMFT (среден брой кариозни, obtурирани и екстрахиранни постоянни зъби на 1 прегледано лице) за страната са 3.03. При 18-годишните средните стойности на DMFT за страната са 6.25. Само 34.73% от 18-годишните са с здрав пародонт.

Показателите при лица над 18 годишна възраст са следните:

При възрастовата група от 35 до 44 години DMFT е 16.95. 19.81 % от 60 и над 60 годишните лица са с напълно обеззъбена горна челюст, 16.98 % са с напълно обеззъбена долна челюст, а тотално обеззъбените са 13.21 % лица (данни НСИ 2012 г.).

Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица над 16 годишна възраст с **трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане** е значителен – през 2012 г. е 172 555 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (37.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (36.2%). Относителният дял на първично освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност 71-90% намалява в сравнение с предходната година и е най-висок – 32.4%. Следват лицата с 50-70% трайно намалена работоспособност – 31.8%. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност (23.7%) и до 50% са 12.1%. Най-честата причина за трайно намалената работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 36.5% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (20.6%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (9.3%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.5%) и др.

През 2012 г. броят на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст с признати вид и степен на увреждане е 4 566 деца (при 4 797 за 2011 г.) или 4.4 на 1000 население до 16 години. Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 164 (47.4%). Всяко пето дете (18.4%) с увреждане е със степен 71-90% увреждане, а с най-тежката степен над 90% са 14.0%. Най-честата причина са болестите на дихателната система (26.4%), на нервната система (16.8%), психичните и поведенческите разстройства (15.2%) и вродените аномалии (16.6%) Тази структура се запазва през годините. Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст през последните години намалява и през 2012 г. достига 62 047 души. В динамика се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените лица с трайно намалена работоспособност, който достига през 2012 г. 39 738 лица (23.0% от всички освидетелствани и преосвидетелствани).

2. ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО

Социално-икономическите, културните, поведенческите и факторите на околната среда имат съществено въздействие върху индивидуалното и общественото здраве.

2.1 Социални детерминанти на здравето

2.1.1. Доходи и разходи

Доходите, които хората получават, са основен измерител на стандарта на живот. Разпределението на доходите в икономиката оказва директен ефект върху нивата на бедност.

По размер на средната и минималната работна заплата България заема последно място в ЕС. По данни на Евростат за януари 2012 г. средната работна заплата в страната е 385.47 евро, което е 4.6 пъти по-малко от средното за разглежданите страни (1775 евро) и с около 15 евро под средното заплащане в Румъния.

Средната годишна работна заплата за 2012 г. в страната е 4 395 евро. Най-висока е в: Дания (58 640 евро), Люксембург (49 316), Холандия (45 215), Белгия (43 400), Германия (42 316 евро), Финландия и Швеция (по 40 000 евро). По-добре от нас са заплатени и в Румъния (5 891), Литва (6 735), Латвия (8 596) и Естония (9 712 евро на година).

Средната минимална работна заплата 138.05 евро (Румъния - 161.91). Най-висока е минималната работна заплата в Ирландия (1461.85), Нидерландия (1446.60), Белгия (1443.54), Франция (1398.37).

По данни на НСИ през 2012 г. общият доход средно на домакинство е 10 752 лв. и средно на едно лице от домакинството - 4 541 лв. Запазва се регистрираната и в предходните години структура на доходите. Работната заплата формира 52.7% от доходите на домакинствата и продължава да бъде най-значителният източник на приход. Вторият източник на доходи са пенсиите, които формират 26.7% от приходите. По данни на НОИ средната пенсия за осигурителен стаж и възраст – 284.65 лв.

Важен показател за социално равенство е еднаквостта в заплащането на двата пола. Разликата в средногодишната заплата на наетите лица по трудово и служебно правоотношение по пол е 1 769 лв. в полза на мъжете.

Разходите на българските домакинства по данни на Евростат и НСИ растат по-бързо от приходите. През 2012 г. българските домакинства са изразходвали 4 058 лв. средно на лице. Основната част (83.5%) традиционно са похарчени за задоволяване на потребностите, а 15.8% - за плащане на данъци и други разходи (регулярни и еднократни трансфери към други домакинства, основен ремонт на жилище и други). Продължава да намалява делът на разходите за храна (33.4%), но се запазва относително висок в сравнение с другите европейски страни. Разходите, свързани с образованието, свободното време и културния отдих, нарастват до 4.1% от всички разходи. Домакинствата са заплатили повече за жилища, вода, електроенергия и горива - 15.3%.

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите (5.2%). Средният разход за здравеопазване за едно българско домакинство през 2012 г. е 501 лв., а за едно лице - 212 лв.

2.1.2. Бедност и социално изключване

България е сред страните с най-високо доходно неравенство в ЕС и с най-висок дял на хората в риск от бедност или социално изключване.

През 2011 г. дялът на хората в риск от бедност или социално изключване в България е 47.1% и е почти 2 пъти по-висок спрямо средните нива за ЕС (24.1%) и почти 3.5 пъти по-висок спрямо най-ниските нива на този показател в Европа - Исландия (13,7%) и Норвегия (14.6%). Единствено Румъния (40.3%) и Латвия (40.1%) се доближават до България, но и там нивата са по-ниски. За 2011 г. линията на бедност за страната е 211,00 лева на месец, като относителният дял на хората с доходи под тази линия, със сериозни материални лишения или неспособност за реализация на пазара на труда, е 22.3%. Рискът от бедност е най-висок за децата до 18-годишна възраст и за населението в над трудоспособна възраст, като основно се определя от икономическата активност и участието на пазара на труда. Често поради бедност лицата се изключват и маргинализират от участие в дейности (икономически, социални и културни).

Gini коефициентът, показващ неравенството в разпределението на доходите на домакинствата, по данни на НСИ, се запазва на почти едно и също ниво (35.1), като стойности, близки до 0 показват по-ефективно разпределение на доходите между бедни и богати. Единствено Латвия и Испания отчитат по-голяма относителна разлика в доходите между най-богатите и най-бедните сред населението. Тази разлика през 2011 г. в България е с около 1/3 по-голяма спрямо средните нива за ЕС и с близо 2 пъти по-голяма спрямо най-ниската стойност в Европа (Норвегия).

Основен индикатор за доходното неравенство в рамките на ЕС е т.нар. Коефициент S80/S20, представляващ отношение между доходите на най-богатите 20% и доходите на най-бедните 20% от населението. Колкото са по-високи стойностите на индикатора, толкова по-високо е доходното неравенство в разглежданата страна. Данните за 2011 г. показват, че България е сред страните, в които доходното неравенство е най-високо и е далеч над средните нива за ЕС. Доходите на най-богатите 20% от населението са 6,5 пъти по-високи спрямо тези на най-бедните 20%. Традиционни ниски са нивата на този индикатор в скандинавските страни. Например, в Норвегия доходите на хората, попадащи в последния квинтил, са едва 3,3 пъти по-високи спрямо тези в първия квинтил.

Според данните за Коефициента S80/S20 през 2010 г. около 40% от населението в страната живее в региони с по-високо от средното за страната доходно неравенство, а 56% от населението – в региони с по-висок от средния дял на хора в риск от бедност или социално изключване.

2.1.3. Безработица

Общият брой на зетите лица достига 2.93 млн. или 46.6% от населението на 15 и повече навършени години. Зетите лица на възраст 15-64 навършени години са 2.89 млн. Коефициентът на зетост за населението в същата възрастова група е 58.8%.

Коефициентът на безработица през 2012 г. е 12.3%, като при мъжете е по-висок (13.5%) в сравнение с жените (10.8%). Най-висок е във възрастовата група 15-24 г. (28.1%). Запазват се наблюдаваните през последните години значителни териториални различия в равнището на безработица. По коефициент на безработица България се намира над средните нива в ЕС.

България е сред страните, в които младежите изпитват най-сериозни затруднения при реализацията си на пазара на труда. Коефициентът на зетост сред младите остава на изключително ниски нива (20%), далеч от средните за ЕС (близо 34%). Всъщност едва 4 страни имат по-ниска зетост.

По данни на Евростат продължително безработните (от една и повече години) или т.нар. „обезкуражени лица” са 55.2% от всички безработни лица (225.6 хил.).

2.1.4. Образование

Нетният коефициент на записване в началното образование е 95.4%. В сравнение с предишни години все по-малко деца в селата завършват средно образование и разликата в достъпа до образование на градските и селските деца става все по-отчетлива.

След последното преброяване на населението от 2011 г. за пръв път НСИ отчита показател „никога не посещавали училище”, чието ниво е 1.2% от населението над 7 години – около 81 хил. души, които никога не са ходили на училище. По данни на Националната програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006-2015 г.) се отчита, че 1.5% от населението на 9 и повече години е неграмотно – над 112 хил. души.

По данни на Института за пазарна икономика разликата между резултатите на най-добрите 5% и най-слабите 5% от учениците в ЕС е най-голяма в България. Различните условия за образование сред децата са предпоставка за проблеми при тяхната последваща реализация, разликата в доходите сред населението и риска от социално изключване на определени групи.

Броят на записаните в различните степени на висшето образование за 2012/2013 г. остава без съществена промяна. Наблюдава се тенденция на лек спад за последните 4-5 години на предпочелите да получат висше образование у нас.

2.2. Рискови фактори на околната и трудовата среда

През периода 2007-2011 г. националната законова и подзаконова нормативна уредба е хармонизирана с европейското екологично законодателство. Усъвършенствана е и системата за мониторинг и управление на качеството на атмосферния въздух, водите и почвите. В райони с установен екологичен риск са разработени програми за редуциране замърсяването на компонентите на околната среда.

2.2.1. Атмосферен въздух

Независимо от предприетите конкретни мерки, качеството на атмосферния въздух, особено по отношение аерозолите на праха е все още проблем. Приблизително 60% от населението на страната е системно експонирано на наднормени нива на фини прахови частици, 22% от населението – на наднормени концентрации на азотни оксиди и значително по-малък процент, предимно епизодично, на повишени нива на серен диоксид и озон. Съгласно данните от мониторинга за 2012 г. основният проблем на национално ниво по отношение на качеството на атмосферния въздух е наднорменото замърсяване с фини прахови частици.

Въпреки тенденцията към намаление, аерозолите на тежките метали (кадмий и олово), продължават да са съществен проблем и потенциален риск за здравето на населението от районите на Кърджали, Пловдив и Пирдоп. Други атмосферни замърсители, са все още проблем за гъсто населените градски райони (София, Пловдив), като притежават и канцерогенен потенциал (полиароматни въглеводороди).

2.2.2. Питейни води

Средният дял на населението в страната, свързано със системата на общественото водоснабдяване е 99.2%, което показва висока степен на достъпност и осигуряване на потребителите с вода за питейно-битови нужди.

Качеството на питейната вода по микробиологични показатели е с приоритетно значение с оглед потенциалната епидемична опасност от предавани по воден път патогени. Процентът на несъответствие по микробиологични показатели общо за страната е 3.8% (при 2.9% за 2011 г. и 4.4% за 2010 г.). Като цяло отклоненията по този вид показатели са по-характерни за малките зони на водоснабдяване, които нямат пречистване и водата се подава във водоснабдителната система директно, само след обеззаразяване. Основните причини за това несъответствие са: неефективна и непостоянна дезинфекция на водата поради липса на подходяща апаратура за правилно и постоянно дозиране на обеззаразяващите реагенти, неподходяща технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение на съоръженията за дезинфекция или недостатъчен брой на същите, чести аварии на остарялата и износена ВиК мрежа, субективни грешки и др. Все още има немалко населени места, водата на които се обеззаразява по примитивен начин – ръчно, с хлорна вар.

Въпреки предприетите през годините мерки за ограничаване на замърсяването на природните води, все още е налице експозиция на населението на повишени нива на нитрати, както и на флуориди, хром и арсен поради естественото им природно присъствие в питейната вода на редица населени места в страната. Най-широко регионално разпространение имат отклоненията по показател нитрати, експозицията на които се свързва с развитието на нитратна метхемоглобинемия при кърмачета и малки деца. Здравният риск от повишените нива на флуориди е свързан с възможността от развитие на зъбна флуороза сред подрастващите при консумация на водата

Риск от развитие на зъбна флуороза съществува и при ежедневна консумация на бутилирана минерална вода с високо съдържание на флуор, поради което върху

етикетите на такива бутилирани води задължително трябва да се поставя надпис, че водата е неподходяща за ежедневна употреба от деца до 7 годишна възраст.

По отношение на индикаторните химични показатели най-често отклонения от нормите се регистрират за манган и желязо, които често присъстват съвместно в подземните води. Проблемът е многогодишен и се дължи на високото съдържание на манган в питейни водоизточници, разположени в речни тераси.

Като цяло, в страната се очертава тенденция към намаление на броя експонирано население и на зоните за водоснабдяване с отклонения по мониторираните показатели. От друга страна, мониторингът на органични химични замърсители на питейните води с токсичен потенциал (остатъци от пестициди, специфични промишлени замърсители и др.) все още не се провежда в необходимия обхват, което не позволява извеждането на заключения относно експозицията на населението и здравния риск.

2.2.3. Води за къпане

Потенциалният здравен риск е свързан основно с възможността за предаване и разпространение на инфекциозни заболявания на стомашно-чревния тракт и кожата. През 2012 г. процентът на зоните, несъответстващи на задължителните изисквания, е 1.1 при среден за Европейския съюз 1.9, а процентът на зоните, съответстващи на по-строгите препоръчителни изисквания е 63.4 и е по-нисък от средния за Европейския съюз (78.3). Причини за влошаване на качеството на водите за къпане са недостатъчният брой пречиствателни станции за битови отпадъчни води, наличието на нерегламентирани зауствания на непречистени битови отпадъчни води в близост до зоните за къпане и други стопански цели.

2.2.4. Почви и отпадъци

За 2012 г. няма данни за дифузни замърсявания на почвите в страната с тежки метали и устойчиви органични замърсители. Като цяло почвите са в добро екологично състояние, без риск за здравето при ползване на обработваеми площи според тяхното предназначение.

Основен санитарен ограничител за увеличаване оползотворяването на утайки от пречиствателни станции в земеделието остава наднорменото им съдържание на микроорганизми. Проучване на НЦОЗА от 2012 г. доказва, че общият дял на изследваните утайки, които са безопасни за директно приложение в земеделието по всички нормирани показатели (тежки метали, устойчиви органични замърсители и микробиологични показатели), е относително малък – 36.4%. От утайките, които не са годни за оползотворяване в земеделието, най-много са тези, които не изпълняват санитарно-микробиологичните изисквания, най-вече по отношение наднормено съдържание на *E. Coli* и *Cl. Perfringens*.

В страната съществуват стари локални замърсявания на почвата в райони с интензивна металургична дейност в миналото, като КЦМ – Пловдив, ОЦК – Кърджали, МК „Кремиковци” и др., което изисква активно провеждане на мониторинг и оценка на състоянието на почвите в тези райони и в бъдеще.

По данни на НСИ годишно всеки българин изхвърля над 400 кг битови отпадъци. Голяма е вероятността те да съдържат токсични или инфекциозни компоненти, да причинят замърсяване на околната среда и да повишат здравния риск за населението.

Съгласно Националната програма за управление на дейностите по отпадъците за 2007-2013 г., съществуват редица проблеми, свързани с управлението на отпадъци от опаковки, от моторни превозни средства, негодни за употреба батерии и акумулатори, отработени масла и отпадъчни нефтопродукти, от електрическо и електронно оборудване, отпадъци от лечебни заведения и др.

2.2.5. Шум

Шумът в околната среда е значителен риск за общественото здраве и въздействието му върху населението се увеличава в сравнение с други стресови фактори на средата. От 2006 г. функционира Национална система за мониторинг на шума в околната среда. От проведените през 2012 г. контролни измервания на градския шум в общо 726 пункта се установява, че регламентираните допустими шумови нива са превишени в 69% от общия брой контролирани зони (при 72% за 2011 г.). Случаите на измерени най-ниски шумови нива – под 58 dB(A) са се увеличили с 2%, в сравнение с 2011 г. Незначителното подобрене на акустичната обстановка се дължи на намалението на броя на пунктовете с наднормена експозиция в градовете София, Варна, Враца, Плевен, Попово, Смолян.

Запазва се утежненият акустичен климат в зони с приоритетна шумова защита, като детски, лечебни и учебни заведения, жилища и места за отдих. Най-силно влияние върху акустичната обстановка в градовете оказва шумът, създаван от транспортните средства, включително железопътен и въздушен трафик (80-85% от общото шумово натоварване).

2.2.6. Йонизиращи лъчения (ЙЛ)

Резултатите от радиационния мониторинг на околната среда показват, че естественият гама-фон в страната не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с източници на ЙЛ и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон. Радиоактивността на въздуха, водата, почвата, флората и фауната варира в нормални граници. Няма отклонения от нормативните изисквания за радиационна защита

Резултатите от приключилото през 2012 г. пилотно проучване за нива на радон в четири области (София, Софийска, Пловдивска и Варненска) показват, че 92% от измерените стойности са под 300 Bq.m⁻³, което е референтно ниво съгласно българското законодателство (ОНРЗ, 2012). 30 от изследваните 373 жилища, обаче са с концентрация на радон над референтното ниво (13 в област Пловдив; 3 в София; 9 в Софийска област; 5 в област Варна).

Водещ фактор в облъчване на населението има облъчването при медицински изследвания и медицински радиологични процедури, като то превишава значително това от техногенните и естествените източници. Според националната статистика

общият брой на рентгеновите изследвания (включително денталните графии) за 2011 г. е 4.1 милиона, или средно 560 изследвания на 1000 души от населението. Оценката на лъчевото натоварване на българското население от рентгеновата диагностика през 2011 г. показва, че общата колективна доза от рентгеновите изследвания, е 3615 man.Sv за колективната доза и 492 mSv на 1000 души от населението. Слабото повишение в сравнение с предходната година се дължи на увеличение с 9% на броя на рентгеновите изследвания. Компютър-томографските изследвания съставят само 7.6% от общия брой изследвания, но имат основен принос (45.9%) в колективната доза. България е на едно от последните места в Европа по колективна доза. Това е добра тенденция, но анализът показва, че основна причина за това е малкият брой на рентгеновите изследвания на глава от населението (на предпоследно място в Европа).

Национално проучване показва, че общият брой на нуклеарно-медицинските изследвания нараства слабо (19 768 през 2010 г. и 20 581 през 2011 г.), като не се включват изследванията на деца, представляващи само 0.8% от всички изследвания и имащи несъществено влияние върху колективната доза.

2.2.7. Нейонизиращи лъчения (НЙЛ)

През последните години все по-бързо навлизат нови технологии, свързани с излъчване на електромагнитно поле (ЕМП) от различни честотни диапазони, както в работна среда, така и в населените територии. Почти всяка дейност на съвременния човек е свързана с използването на източници на нейонизиращи лъчения: електрически ток, уреди за бита, транспорт, медицина, козметика, комуникационни технологии. Излъчването на ЕМП от комуникационни източници създава сериозни страхове сред населението от възможни неблагоприятни здравни ефекти. Резултатите от научните изследвания са противоречиви, но все още няма потвърждение на съмненията за връзка между експозицията с ЕМП и невродегенеративни, сърдечно-съдови заболявания, неврози, проблеми със съня, рак, Алцхаймер и др.

Радиочестотните ЕМП, излъчвани от мобилни телефони, са включени в клас 2 В – „възможен канцероген” в класификацията на Международната агенция по изследване на рака (IARC) през 2011 г.

Независимо от това, че в Закона за здравето източниците на НЙЛ са категоризирани като обекти с обществено предназначение, а самите нейонизиращи лъчения - като фактор на жизнената среда, все още не се извършва необходимия контрол върху тях.

През 2011 г. Международната агенция по изследване на рака (IARC) включи използването на източници, излъчващи UV лъчение за придобиване на тен, в списъка на доказани канцерогени за човека (група 1).

През 2012 г. е приета нова европейска Директива за защита на работещите от въздействието на електромагнитните полета, която трябва да бъде транспонирана в националното законодателство до 1 юли 2016 г.

В страната все още не е организиран контролът на източниците на оптични лъчения за защита на здравето на работещите. Липсва измервателна апаратура и обучени специалисти за осъществяване на контрола. Едновременно с това, все повече

нарастват оплакванията от страна на медицинския персонал, прилагащ подобни източници в терапията и козметиката, както и от облъчваните пациенти.

2.2.8. Трудова среда

Основните индикатори за здравето на работещите са трудовите злополуки (ТЗ), професионалните заболявания и свързаните с труда увреждания и заболявания. Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа.

През 2012 г. са регистрирани общо 3 027 трудови злополуки (ТЗ), от които 82 са със смъртен изход, а 11 – с изход трайно намалена работоспособност. Загубените календарни дни са 158644. В сравнение с 2011 г. се наблюдава повишение на общия брой ТЗ (с 9.9%), но намаляване на ТЗ със смъртен изход (с 4.9%).

Най-често срещаните здравни проблеми, свързани с работата са мускулно-скелетните увреждания. Причиняват се или се влошават основно от характера или условията на труд, и макар по традиция да ги свързваме с ръчния труд, те засягат работещи във всички сектори на трудова заетост.

2.3. Поведенчески рискови фактори

Поведенческите фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и наркотични вещества, нездравословно и небалансирано хранене, ниска физическа активност) заемат водеща роля в структурата на факторите на риска за заболяемост, трайна неработоспособност и смъртност.

2.3.1. Тютюнопушене

Тютюнопушенето е една от доказаните водещи предотвратими причини за болестност и смъртност от онкологични, сърдечно-съдови и белодробни заболявания. Установено е, че у непущачи, изложени на пасивно тютюнопушене (вдишване на замърсен с тютюнев дим въздух) се установяват заболявания, свойствени за пушачите. По данни на НЦОЗА, при децата от предучилищна възраст, пасивното тютюнопушене оказва негативно влияние върху развитието на дихателната система и води до понижаване на съпротивителни сили на организма: 2-3 пъти по-висока честота на острите респираторни заболявания; 10–15 пъти по-чести боледувания от белодробни инфекции; 35% по-висок риск от инфекции на средното ухо и 50% – от развиване на бронхиална астма.

В Европа тютюнопушенето формира средно 12.2% от глобалното бреме на болестите (3%-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи. Според оценките на Световната банка цената, която плаща здравната система на дадена държава за последствията за здравето от употребата на тютюневи изделия, съставлява между 0.1% и 1.1% от brutния вътрешен продукт в различните страни.

След дългогодишни тенденции на увеличаване на тютюнопушенето у нас, през последните години се наблюдава намаляване на неговото разпространение. През 1952 г. са пушили 13.7% от българските граждани, през 2007 г. – 45.2%, докато през 2008 г. те са 38.8%, а в началото на 2012 г. като пушачи се самоопределят 36%. След влизане в сила на тоталната забрана за тютюнопушене в закрити обществени места, към края на 2012 г. пушачите са 34%. По данни на Евробарометър, България се нарежда по брой пушачи на второ място в Европа след Гърция.

Резултатите на НСИ сочат значимо намаление на потреблението на цигари средно на лице от домакинството на страната за периода 1999-2011 г. – от 1000 цигари на домакинство през 1999 г. до 547 броя през 2011 г.

Според данните от последното национално представително проучване в рамките на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици ESPAD, 2011 г., поне веднъж в живота си са пушили цигари 66% от анкетираните български ученици (съответно 62% от момчетата и 71% от момичетата). През последния месец са пушили 39%, (33% от момчетата и 46% от момичетата). Независимо от известното намаление на тютюнопушенето, България заема 4-то място сред страните от ESPAD.

Резултатите от национално представително проучване сред родителите на 2884 деца от детските градини в страната, проведено през 2012 г., показват, че децата пасивни пушачи са 57.5% от извадката, като броят им е намалял с 7 пункта в сравнение с 2008 г. При 11.8% от случаите пуши само майката, 19.7% - пуши бащата, а при 26.0% - пушат и двамата родители. Най-много са децата пасивни пушачи в Силистра (90.9%), Добрич (78.1%), Разград (70.0%), а най-малко в София (43.5%), Бургас (45.2%) и Кърджали (46.7%)

2.3.2. Консумация на алкохол

Алкохолът е трети по значимост рисков за здравето фактор след тютюнопушенето и високото артериално налягане. Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите и ежегодно се явява причина за 115 000 смъртни случая сред хората до 70 г. възраст и е отговорна за 12% от преждевременната смъртност при мъжете и 2% от преждевременната смъртност при жените в Европейския съюз.

В структурата на причините за смъртност, поради злоупотреба с алкохол, освен ССЗ (инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт), цироза на черния дроб, някои видове рак и психоневрологичните разстройства, се включват пътнотранспортните произшествия, нещастните случаи, убийствата и самоубийствата. Ежегодните разходи за лечение на заболяванията, предизвикани от злоупотреба с алкохол в страните от ЕС, съставляват 17 милиарда евро, а загубата на производствен потенциал се оценява на 36 милиарда евро.

Европейският съюз е районът с най-високата консумация на алкохол в света. Данните от доклада Health at a Glance: Europe 2012 показват, че измерена чрез мониториране на годишните данни за продажбите на абсолютен алкохол (АА) в отделните страни, тя възлиза средно на 10.7 литра на глава от населението. С 10.0 литра

АА на глава от населението, България е ситуирана на 8-мо място сред страните с най-ниска алкохолна консумация. Отчита се и нейното намаление с 10 пункта за периода 1980-2010 г.

Данните на НСИ, показват значимо нарастване (с 6.7 литра) на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната за периода 1999-2012 г. основно поради повишаване на употребата на бира с около 8 л, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии. Подобна тенденция се отчита и в други страни, производители и потребители основно на вино (Италия, Франция и Гърция).

През 2012 г. е нараснал и средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия до 420 лв. на година и до средно 89 лв. на лице от домакинството. Въпреки по-високите в номинална стойност разходи, алкохолът и тютюневите изделия не променят своето значение в структурата на разходите от 1999 до 2012 г. (4.8%-44%).

Резултатите от последното проучване на алкохолната употреба сред учениците в рамките на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици ESPAD, 2011 г. показват, че през последните години сред учениците широко е разпространена и употребата на алкохол - 64% от анкетираните са съобщили за употреба през последния месец преди изследването (66% от момчетата и 62% от момичетата); 11% от тях са пили 10 и повече пъти (т.е всеки 3-ти ден). За случаи на напиване поне 1 път през последния месец съобщават 20% от респондентите (23% от момчетата и 18% от момичетата).

2.3.3. Нездравословно и небалансирано хранене

Хранителният модел на българина остава небалансиран, с висок дял на наситени мазнини, захар и сол. По данни от Национален мониторинг на храненето на населението в България (2004 г.) 68.8% от изследваните лица в активна трудоспособна възраст консумират сол над препоръчваните 5 g на ден. Високата консумация на сол е обект на Национална промотивна кампания на МЗ за намаляване на солта в храните и храненето у нас.

Съществуват проблеми в хранителния прием и хранителния статус на населението в България още от кърмаческа възраст. При проведено проучване през 2007 г. се установяват: късно начало - само 4.6% деца са с начало на кърмене до 1 час след раждането, малка продължителност на кърмене, ниска честота на изключителното кърмене - само 4.2% до 2 месеца, както и ранно захранване. Храненето на децата от 1 до 5 години се характеризира с риск за дефицит на тиамин, витамин В12, фолат и желязо и висок прием на натрий, а при децата на 3-4 години - и с висок прием на мазнини, недостиг на въглехидрати и риск за неадекватен прием на калций. Консумацията на хранителни продукти при децата на 3-4 години се характеризира с недостатъчен прием на мляко и млечни продукти, риба и пълнозърнести храни и с висок прием на безалкохолни газирани напитки, съдържащи захар.

Основните проблеми в храненето при лица над 1-годишна възраст, диференцирани по възраст и пол, на база данните от проведените представителни за страната проучвания (1997-2008 г.), проведени от НЦОЗА, показват, че средният

енергиен прием е по-висок от потребностите. Среднодневният белтъчен прием е в рамките на препоръчаните нива, относителният енергиен дял на прием на общи мазнини и наситени мастни киселини са с тенденция за покачване. Висок е и приемът на полиненаситени мастни киселини. Рискови по отношение на ниския прием на витамини и минерали са групите на децата, младите жени, бременните жени, старите хора и лицата с ниски доходи. При всички популационни групи над 1 година е нисък средният дневен прием на фолиева киселина, витамини В2, В1, В6, витамин С през зимата и пролетта, както и на минералите калций, желязо, цинк и магнезий.

Свръхтеглото и затлъстяването допринасят в голяма степен за възникване на хронични болести, намаляват продължителността на живота и влошават качеството му. На тях се дължат 6% от разходите за здравни грижи в Европейския регион. Националните проучвания на храненето и хранителния статус на населението в България, проведени през 1998 г. и 2004 г. от НЦООЗ, показват тенденция за увеличаване разпространението на свръхтеглото и затлъстяването при възрастното население. Наднорменото тегло е сериозен проблем и при децата. Данните от проведено през 2010/2011 г. изследване на ученици в България показват, че относителният дял на свръхтегло при децата на възраст 7-18 години е 16.7%, а на затлъстяване - 8.2 %. Увеличава се затлъстяването още при децата в 1-ви клас (от под 10% през 1998 г. до 20.8% при момчетата и 14.6% при момичетата през 2011 г.).

Основните рискови фактори за свръхтегло и затлъстяване при децата са нездравословният модел на хранене, ниската физическа активност, липсата на училищна и семейна среда, която да създава условия и да стимулира здравословно хранене и физическа активност.

Анализът на хранителния модел на населението на базата на ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България, провеждани от НСИ, показва, че се запазват редица неблагоприятни тенденции и характеристики на храненето на населението, наблюдавани през последните години: нисък прием на мляко и млечни продукти, повишена консумация на червени меса и месни продукти, което се свързва с повишен прием на наситени мастни киселини, запазва се високо потреблението на добавени мазнини, традиционно ниска консумация на риба, висока консумация на захар чрез повишен прием на захарни и сладкарски изделия и безалкохолни напитки, прием на плодове и зеленчуци под препоръчаните здравословни нива, намален прием на растителни влакнини поради увеличената консумация на рафинирани продукти, както и нисък прием на пълнозърнести зърнени храни и бобови храни. Отрицателните характеристики в модела на храненето на населението са по-изразени при децата в ученическа възраст.

2.3.4. Ниска физическа активност

Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични неинфекциозни болести (ИБС, мозъчен инсулн хипертонична болест, затлъстяване, захарен диабет тип II, остеопороза и някои видове рак). Този рисков за здравето фактор формира 3.5% от глобалното бреме на болестите (по

DALY's) – съответно от 1.8% до 5.6% по DALY's и 3.3% - 11.2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4.3% и 7.7%.

С недостатъчна физическа активност е над 60.0% от населението в света. У нас през последните десетилетия тенденцията по отношение на нивото на физическата активност е неблагоприятна за всички възрастови групи. Според Eurobarometer, над 80% от българите са с ниска физическа активност, което поставя България на първо място сред страните в Европейския съюз. Не се занимават въобще със спортна дейност над половината от тях, а регулярно я практикуват едва 3%. Основна причина за ниското ниво на физическата активност е липсата на достатъчно възможности за спорт и физическа активност.

Недостатъчна е физическата активност и при децата в ученическа възраст. Изследванията показват, че над 30% от децата са физически активни по-малко от два дни в седмицата, едва 1/5 от тях отговарят на препоръките на СЗО за физическа активност (60 минути дневно). За умерена до интензивна физическа активност почти всеки ден съобщават само 20-36% от момчетата и 37-47% от момчетата. Около 40% от децата ежедневно стоят повече от 5 часа (извън учебните занятия) пред компютър и телевизор.

2.3.5. Наркотици

Данните от проведеното през 2012 г. национално представително социологическо проучване сред общото население (15-64 г.) относно нагласи и употреба на психоактивни вещества - 5653 лица, показват, че най-масово употребяваният наркотик е канабисът – 7% от анкетираните най-малкото са го опитали поне веднъж в живота си (350-355 хил.лица). Следва групата на стимулантите: екстази – 1.8% (около 90 хил.лица); амфетамини – 1.2% (около 60 хил.) и кокаин – 0.8% (около 40 хил.лица). Употребата на хероин е 0.3% (около 15 хил. души).

В последните 2 години нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици бележи тенденция на задържане (около 3% от тестваните лица). Нивото на Хепатит В инфекция продължава да спада особено при лица под 25 г., употребяващи инжекционно наркотици, което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. програма за ваксинация на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 67.8%. Нивото на инфекция на сифилис се е повишило чувствително на около 11%, което е най-високо от 10 години в рисковата група на употребяващите инжекционно наркотици.

По данни на Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD), през 2011 г. 26% от 15-16-годишните ученици в България са употребили поне веднъж в живота си някакъв наркотик. За периода 1999 - 2011 г. се отчита общо увеличение на броя на учениците, експериментирали с незаконни наркотични вещества с 12 пункта (приблизително двойно), на фона на оформящата се тенденция на лек спад в повечето европейски страни.

В рамките на последните 12 години, както при общата употреба, така и при употребата на различните основни вещества, от малко под средното европейско равнище България е достигнала до малко, а при амфетамините значително над средното

европейско равнище. През следващите години в Европа и България се очаква увеличение на употребата на метамфетамини.

2.3.6. Рисково сексуално поведение

Рисковото сексуално поведение в юношеска възраст и последствията от него водят до неблагоприятия резултат в репродуктивното здраве и до високи разходи в сферата на здравеопазването, свързани с необходимостта от лечение на стерилитет и асистирана репродукция.

През последните години се наблюдава положителна промяна в рисковото сексуално поведение на младите хора. Нараства употребата на презервативи при първи полов акт, както и при полов акт със случаен партньор. Намалява делът на младите хора във възрастовата група 15-24 години, които са правили секс на възраст под 15 години (от 9.9% през 2006 на 8.3% през 2009 г.), както и процентът млади хора, които през последната година са правили секс с повече от един сексуален партньор (25.2% през 2006 г. срещу 20.9% през 2009 г.)

Изследванията на знанията, нагласите и поведението в сферата на сексуалността в младежка възраст показват бавна, но устойчива тенденция на нарастване на знанията на младите хора по отношение на основните факти и заблуди, свързани с ХИВ. През 2004 г. коректни отговори на всичките 5 въпроса от сборния индикатор на UNGASS (Специализирана асамблея на ООН за ХИВ/СПИН) са дали 16.2 % от младите хора на възраст 15-24 години. Този процент нараства на 19.2% през 2006 и на 22.9% през 2009 г.

Системните усилия на Националната програма по СПИН и сексуално-предавани инфекции и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, допринасят за положителна промяна на знанията и поведението на младите хора на възраст 15-24 г. по отношение на ХИВ.

Продължава да стои нерешен въпросът за включване и на други ведомства и преди всичко на Министерството на образованието, младежта и науката в националния отговор по отношение на здравето на учениците - съвременното здравно образование продължава да се изучава като свободно избираема подготовка, поради което и процентът достигнати ученици е все още незадоволителен.

2.3.7. Стресът като рисков фактор за влошено психично здраве

Болестните промени, причинени от продължително излагане на стрес, се разглеждат в три основни групи: чести психични разстройства, синдром на бърнаут (професионално изчерпване) и самоубийства.

В световен мащаб все повече се обръща внимание на значението на **Синдрома на бърнаут (синдром на професионалното изчерпване)** както от социално-икономическа гледна точка (намалена работоспособност, отсъствия от работа (абсентеизъм), влошено качество и ранно пенсиониране), така и в личностов план (влошено качество на живот, склонност към развитие на депресии и суицидни нагласи, нарушени социални връзки, загуба на идентичност и пр.).

Данните от редица проучвания през последното десетилетие в България показват, че най-често бърнаут синдрома се развива при работещите в различните сфери на здравеопазване, образование, обслужване, занимаващи се всекидневно и интензивно с проблемите на други хора (здравословни, социални или психологически). По данни на изследвания сред медицинските специалисти 70% от лекарите в България развиват този синдром: 80 % от ОПЛ (70,8% от мъжете и 76,8% от жените); 27% от членовете на експлантационните екипи (9% от мъжете и 18% от жените).

Резултатите от проведения през 2011-2012 г. в южно- и югоизточно-европейските региони проект „Подобряване на качеството и безопасността в болниците: връзка между организационната култура, бърнаута и качеството на здравните грижи (ORCAB)”, показват, че по отношение на бърнаут синдрома сред медицинските специалисти, българските лекари, сестри и специализанти са сред тези с най-високи нива на емоционално изтощение и деперсонализация. По-високи нива на бърнаут са отчетени сред гръцките и турските лекари и сестри, докато страни като Македония, Хърватия, Португалия и Румъния са с по-ниски показатели.

ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Използваната методологична рамка на СЗО за анализа на структурата и дейността на здравната система като социална детерминанта на здравето включва изследването на следните основни функции: целенасочено предоставяне на здравни услуги; развитие на човешките и други ресурси; финансиране; управление (стюардшип) на системата. Важно при прилагането на тази рамка е да се отчита специфичния политически и институционален контекст (европейски и национален) с ясното разбиране на различията между политическите и управленски отговорности.

1. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Към 31.12.2012 г. по данни на НЦОЗА в Република България са осъществявали дейност 9 144 заведения за **първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)**, от които 3 798 лечебни заведения за първична медицинска помощ и 5 346 лечебни заведения за първична дентална помощ.

Като форма на организация на работа преобладават индивидуалните практики - 3 575 през 2012 г. Груповите практики, които предоставят по-добри възможности за осигуряване на по-достъпна и качествена първична извънболнична помощ, в т.ч. неотложна помощ, през нощта и в почивните дни, са 6%, за разлика от европейските страни, където съотношението е в полза на груповите практики.

През 2012 г. един общопрактикуващ лекар (ОПЛ) обслужва средногодишно 1 636 ЗЗОЛ. Средно за 2012 г. един ОПЛ извършва по 500 профилактични прегледа. Продължава тенденцията на намаляване броя на включените ЗЗОЛ и броя на прегледите по програма „Майчино здравеопазване”. Едва 3.7% от бременните са избрали изпълнител на ПИМП, да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване”. Основна причина е желанието на бременните да бъдат наблюдавани от специалист по акушерство и гинекология.

Радикалната реформа в системата на ПИМП напълно променя съществуващата участъкова система на организация, като е изградена на основите на модела на общата медицинска практика. Световният опит показва, че общата медицинска практика като форма на организация и извършване на първичната медицинска помощ, има по-голям потенциал, който може да се реализира, ако бъдат осигурени адекватни на потребностите ѝ финансово-икономически, правно-нормативни, организационно-управленски, професионални и други условия.

Повече от 10-годишната практика показва, че независимо от големите усилия на ОПЛ и тяхната професионална организация (НСОПЛБ), очакванията, че новата система на ПИМП ще стане по-ефективна и ще се увеличи нейния принос в здравето на нацията не се сбъдват напълно. Причините за това са различни:

- Финансово-икономически – недостатъчно финансиране (само 6-7% от бюджета на НЗОК), система на заплащане с нисък потенциал за стимулиране на дейност и активност, недостатъчно участие на общините и др.

- Правно-нормативни – възлагане на неизпълними задължения, като непрекъснатото медицинско обслужване през денонощието и големият пакет от дейности (несъответстващ на размера на финансиране), сериозни трудности при провеждане на специализация по обща медицина и др.
- Организационно-управленски – въвеждане на лимити, несъответстващи на потребностите за получаване на качествена и ефективна медицинска помощ от ОПЛ (направленията за консултации, малък размер на финансови средства за медико-диагностични изследвания и др.), ограничения за ползване на някои видове диагностични изследвания и изписване на лекарствени средства и др.
- Професионални и социално-психологични – недостатъчен професионален и социален рейтинг на ОПЛ в сравнение с останалите специалисти, ограничено участие на ОПЛ в „научния медицински живот“ и др.

Под действието на тези фактори системата на ПИМП се отдалечава от характеристиките на съвременния модел на обща медицинска практика в резултат на някои дефекти и диспропорции. Сред тях стратегическо значение имат:

- Постоянно намаляване на кадровите ресурси (лекари, помощен персонал) поради недостатъчния професионален и икономически интерес за работа в тази система (в периода след 2001 г. броят на ОПЛ е намалял с около 700 – в момента 4698 или само 6.4 на 10 000 души при близо 10 в страните от ЕС);
- Значителни териториални диспропорции в разпределението на лечебните заведения за ПИМП в страната и оттам сериозни затруднения в достъпа на хората в близо 1/4 от територията на страната или около 600 000-700 000 души;
- Недостатъчен (незадоволителен) дял на лекарите със специалност по обща медицина (около 40%);
- Недостатъчно „обезпечаване“ с помощни специалисти поради икономически причини и оттам намален интерес за започване на работа, което оказва отрицателно влияние върху извършването на някои дейности, типични за ПИМП (интегрирани грижи при хронично болни в домовете, извършени здравно-промотивни дейности, активност при профилактиката на заболявания и др.).

През 2012 г. **специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП)** в страната се осъществява от 4054 лечебни заведения, от които: 121 диагностично-консултативни центъра, 575 медицински центъра, 149 групови практики за специализирана медицинска помощ, 3 050 индивидуални практики на лекари-специалисти (при 2 858 за 2011 г.). С най-голям брой разкрити лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ са София-град и областите Пловдив и Варна.

Запазва се тенденцията за увеличаване обема на първичните и вторичните прегледи. Средномесечният брой първични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2012 г. е 96 прегледа. Структурата на първичните посещения по пакети е сравнително постоянна, като тези по пакети “Кардиология”, “Офталмология”, “Педиатрия”, “Неврология” и “АГ” съставляват над 54% от първичните прегледи.

През 2012 г. е улеснен достъпът на деца до 18 г. до специалисти по педиатрия и профилните ѝ специалности поради възможността ОПЛ да издава направления за консултация със специалист по педиатрия и профилните ѝ специалности при остри състояния извън въведената регулация.

На всеки 100 първични прегледа са извършени 62.9 вторични прегледа. Средномесечният брой вторични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2012 г. е 58 прегледа.

Липсата на информационни системи, насочени към измерване на резултатите от дейностите в СИМП, не позволява да бъдат оценявани както качеството, така и ефективността на този вид здравни услуги.

Специализираната извънболнична помощ по дентална медицина се осъществява от 49 дентални центъра, 76 индивидуални специализирани практики по дентална медицина и 1 групово практика по дентална медицина. През 2012 г. функционират и 33 медико-дентални центъра (с два по-малко от 2011 г.) и 1026 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

По данни на НСИ и НЦОЗА, към 31.12.2012 г. **болничният сектор** в страната включва 312 лечебни заведения за болнична помощ, от които 226 са публична собственост (държавна и общинска, в т.ч. и 18 болници към други ведомства) и 92 са частна собственост (2.5 пъти по-малко от публичните), което формира смесена публично-частна система за болнична помощ. Освен тях през 2012 г. стационарна дейност осъществяват и други лечебни заведения, възникнали чрез преобразуване на бившите диспансери – 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 8 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар. С това общият брой на заведенията, осигуряващи болнично лечение е 339, при 343 болнични заведения (в т.ч. диспансери) през 2011 г.

През 2012 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат с 45 726 болнични легла. Осигуреността с болници в България (4.28‰) е с 1.6 пъти по-висока от средната за страните от ЕС (2.67‰). Значително по-висока е и осигуреността в страната с болнични легла (663‰) в сравнение с тази за ЕС – 545‰.

В структурата на публичните лечебни заведения за болнична помощ през 2012 г. доминират многопрофилните болници - 114 (36,54%), следвани от специализираните болници - 73 (23,39%). Специфичен дял в структурата на болничните заведения заемат 12 държавни психиатрични болници (3,84%).

През 2012 г. общият леглови фонд в публичните болници е 35 785 легла, от които 71.2% в структурата на многопрофилните болници, 22% в специализирани болници и 6.8% в заведенията за стационарна психиатрична помощ. Броят на леглата в специализирани лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация е 11.2% от общия публичен леглови фонд.

В структурата на леглата в болничния сектор към 31.12.2012 г. по видове (в съответствие с използваната в Евростат статистическа групировка) най-голям относителен дял (75.4%) имат леглата за активно и интензивно лечение, което формира осигуреност на населението 46.2 на 10 000 души на базата на 33 641 легла.

Леглата за дългосрочна грижа са 1007 (2.2%) при ниска осигуреност на населението – 1.4 на 10 000 души. Леглата за физиотерапия и рехабилитация са 5178 (11.6%) при осигуреност 7.1 на 10 000 души.

Броят на леглата в частните болници през 2012 г. е 6 916 легла, което е 15.12% от болничния леглови фонд или 6 пъти по-малко от тези в публичните болници.

Наблюдават се значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла и структура на легловия фонд по области. С най-висока осигуреност с болнични легла на 10 000 души през 2012 г. са област Ловеч – 81.1, Пловдив – 79.3, Кюстендил – 75.4, Стара Загора – 74.5. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол – 33.9 на 10 000 души, Видин – 36.9, Силистра – 37.7.

Над половината от общия болничен леглови фонд (52.6%) е концентриран в 7 области - София-град (20.1%); Пловдив (10.6%), Стара Загора (4.9%); Варна (4.9%), Пазарджик (4.4%), Бургас (4.1%), Плевен (3.6%), и София област (3.5%).

В сравнение с 2001 г. през 2012 г. в 7 области на страната (Видин, Добрич, Шумен, Кюстендил, Перник, Смолян, Хасково) е намален броят на болничните лечебни заведения за сметка на общинските, а в други 7 области няма промяна в броя. Закриването на общински болници, които осигуряват медицинска помощ на население в малки и отдалечени селища, с тежък социален и осигурителен статус, лоши демографски показатели, ще доведе до намален достъп до медицинска помощ.

Използваемостта на леглата през 2012 г. общо за сектора остава ниска – 256 дни (69.95%), като най-ниска е в частните болници – 204 дни (55.74%). Използваемостта на леглата в публичните многопрофилни болници за активно лечение е 266 дни (72.68%), а в специализираните болници за активно лечение – 278 дни (75.96%).

Средният престой на 1 болен намалява на 5.6 дни, като за легла за интензивно лечение е 3 дни; легла за активно лечение – 4.8 дни и легла за долекуване, продължително лечение и рехабилитация - 8.4 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 3.6 дни.

Състоянието на болничната система е показател за един от големите неуспехи на здравната реформа. Това е така, защото не се постигнаха основните цели: да се намали държавният монопол върху собствеността на болничните заведения, да се оптимизира големината на болничната система, да се реструктурират болниците и болничните легла съобразно потребностите на хората от различни видове хоспитализации, да се увеличи ефективността и ефикасността на болничната дейност, да се въведе многофункционална информационна система. Причините за този неуспех имат различен характер:

- правно-нормативни – неадекватни закони за лечебните заведения и здравното осигуряване, вкл. и на технологията на договарянето между лечебните заведения и НЗОК;
- икономически – неподходяща методология за ценообразуване на болничните дейности и неподходяща технология за тяхното заплащане (клинични пътеки);
- организационно-управленски – свободен достъп за болничен прием от цялата извънболнична система;

- неадекватна структура на болничните легла спрямо потребностите от хоспитализации (голям брой на леглата за активно лечение и изключително малък брой на леглата за продължително лечение);
- лош контрол на държавните и публичните финансиращи организации върху процесите на хоспитализацията, качеството и ефективността на болничната дейност и др.

Едновременно с това, с оглед задоволяване на своите икономически интереси, болниците, независимо от тяхната собственост, допускат и множество медицински нарушения: прием на болни без достатъчно медицински основания, съзнателно нарушаване на правилното класиране на болните по клинични пътеки, тежест на състоянието, селекция на болните за прием според очакванията за размер на разходите за тяхното лечение и тяхното пренасочване към други болнични заведения.

Сегашното състояние на болничната система синтетично може да се характеризира и оцени като недостатъчно ефективна и ниско ефикасна, т.е. недостатъчно добри медицински резултати, получени с по-големи разходи.

Системата за спешна медицинска помощ в Република България включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 филиала (ФСМП), осъществяващи дейността на територията на съответната административна област. Като специфична функционална част от системата за спешна медицинска помощ осъществяват дейност и 35 спешни отделения към многопрофилни болници за активно лечение.

Изградената структура осигурява относително равномерно покритие на спешна медицинска помощ на територията на цялата страна, като приблизително 58% от населените места в страната са с време за достъп от филиал за спешна медицинска помощ до 20 минути и още около 27% на населените места са с вероятно време на достъп до 30 минути. Около 15% от населените места са с време за достъп в диапазона над 30 минути, в рамките на които оказването на адекватна медицинска помощ при спешни състояния е силно затруднено. Обслужваното население в тези населени места, разположени в труднодостъпни и отдалечени райони е около 211 000 души. Почти 50% от дейността на ЦСМП е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които е трябвало да бъдат обслужени в извънболничната медицинска помощ.

Основни проблеми:

- Разпределението на структурите от националната здравна мрежа продължава да е неравномерно с нарастващи териториални различия и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до отделните видове медицинска помощ.
- Нарушено е взаимодействието и координацията между отделните сектори на системата – между спешната помощ и останалите елементи на системата на здравеопазване - първичната медицинска помощ, специализираната извънболнична помощ, болничната помощ и спешната помощ, което нарушава интегритета на системата и намалява качеството и ефективността на медицинската помощ.

- В сектора на първичната медицинска помощ се наблюдава неравномерно териториално покритие с практики както на общопрактикуващи лекари, така и общопрактикуващите лекари по дентална медицина, особено в районите с влошена инфраструктура, труднодостъпни и отдалечени населени места, въпреки увеличения брой практики в тях. Намалява осигуреността на гражданите с общопрактикуващи лекари средно за страната.
- Продължават да преобладават индивидуални практики за първична медицинска помощ като форма на организация на работа на общопрактикуващите лекари.
- През 2012 г. всеки трети български гражданин е ползвал системата за спешна медицинска помощ за решаване на здравен проблем. Нараства обръщаемостта към системата за спешна медицинска помощ, поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права.
- Обемът на осъществяваната от ЦСМП дейност бележи леко увеличение, като половината от тази дейност е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които следва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ и не са обект на системата за спешна медицинска помощ.
- Налице е влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на работещите в системата за спешна медицинска помощ, както и задържаща се неудовлетвореност и здравна несигурност на обществото от качеството на предоставяните му здравни услуги, в т.ч. спешна медицинска помощ;
- Осъществяваната от спешните отделения на болничните лечебни заведения спешна медицинска помощ се явява основен буфер в системата на здравеопазването, гарантиращ своевременен достъп до медицинска помощ.
- Осигуреността на населението с болнични легла през 2012 г. нараства при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа. Секторът на болничната медицинска помощ е в състояние да задоволи най-масовите потребности на населението от болнична помощ, като използваемостта на леглата остава ниска.

2. ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ

Ефективното функциониране на системата на здравеопазване зависи от броя и структурата на човешките ресурси, тяхната квалификация и професионална мотивация. Наличието на квалифицирани специалисти в здравеопазването, чрез дейностите, които водят до позитивни промени в здравето, влияе върху ръста на икономиката, благосъстоянието на населението и качеството на неговия живот. Освен това тяхното правилно разпределение (йерархично и териториално) създава условия за достатъчен и равен достъп на хората до здравни дейности и грижи.

По данни на НСИ към 31.12 2012 г. на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения в страната практикуват 28 643 лекари. Лекарите по дентална медицина са 6 706.

Специалистите по здравни грижи са 47 806, от тях 32 059 са медицински сестри. В лечебните и здравните заведения на основен трудов договор работят и 38 675 души друг персонал с немедицинско образование.

През 2012 г. осигуреността с лекари на 100 000 население е 393 и надвишава средния европейски показател (ЕС – 333).

Сред работещите лекари в края на 2012 г. най-голям е дялът на общопрактикуващите лекари - 4 900 или 17.0% от всички практикуващи лекари в страната. Общата осигуреност на населението в Република България с лекари в първичната извънболнична помощ през 2012 г. е 6.7 общопрактикуващи лекари на 10 000 души население, а средният брой население на 1 ОПЛ е 1 486 души.

Специалистите, практикуващи по специалностите Хирургия и Вътрешни болести, са съответно 1 464 и 1 388. В структурата на лекарите по специалности следват: Анестезиология и интензивно лечение (1 455), Детски болести (1 426) и Акушерство и гинекология (1 395).

През 2012 г. съгласно регистъра на БЗС броят на практикуващите лекари по дентална медицина е 8 239. Осигуреността с лекари по дентална медицина е 92, при показател за ЕС – 66‰.

През 2012 г. незначително нараства броят на специалистите по здравни грижи – от 47 427 души през 2011 г. на 47 806, а осигуреността - от 647 на 656 на 100 000 население, но съотношението специалисти по здравни грижи/лекари е под оптималното за оказване на качествени здравни грижи.

И през 2012 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ. Осигуреността с лекари по области варира, като е най-висока в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници - от 50 на 10 000 души в Плевен; 44.8‰ за София-град и 45.2‰ във Варна до 25.9‰ в област Разград и 26.0‰ в област Кърджали.

Над половината от работещите лекари в страната (52.3%) са концентрирани в 6 области - София-град (20.4%), Пловдив (10.9%), Варна (7.5%), Стара Загора (4.9%), Плевен (4.6%) и Бургас (4.1%). Разпределението на специалистите по здравни грижи е по-балансирано.

Повишава се средната възраст на работещите лекари – близо половината са във възрастовата група 46-60 г., 1/5 – над 60 години и само 5% до 30 -годишна възраст и 1/4 - между 31 и 45 г. Същата е и тенденцията при специалистите по здравни грижи, като близо 15% от тях са над 60-годишна възраст. Високата средна възраст на медицинските специалисти ще увеличи дефицита при пенсиониране на поколенията.

В структурата на лекарите по пол, относителният дял на жените значително превишава този на мъжете, като 55.6% от практикуващите лекари са жени. Възрастовата структура на медицинските специалисти за здравни грижи показва също застаряване – 44.9% са във възрастовата група 46-60 години и 14.6% са над 60 годишна възраст).

Липсва ефективно планиране на човешките ресурси в здравеопазването, което да обвърже броя на обучаваните за медицински специалисти с информацията за текущото

съотношение между практикуващите лекари и медицински сестри. Данните на регистрите на БЛС и БАПЗГ показват съотношение на лекари към медицински специалисти 1:1.45. Образователната ни система не отговаря на този дисбаланс, дори създава условия за неговото задълбочаване, като подготвя почти еднакъв брой лекари и професионалисти по здравни грижи.

Обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в 6 висши училища. Темпът, с който постъпват в системата на здравеопазването новозавършилите студенти, е приблизително равен на темпа на напускане, регистриран в базите данни на БЛС и БАПЗГ. Той е недостатъчен, за да компенсира темпа на пенсиониране на застаряващата работна сила в сферата на здравеопазването.

Броят на чуждестранните студенти във висшите училища нараства все още недостатъчно, като не се прилагат политики, насочени към привличане на медицински специалисти с друга националност, както и на специалисти с придобито в други страни медицинско образование. На практика чуждестранните студенти носят добавена стойност най-вече на висшите училища, в които се обучават.

Ограничените места по държавна поръчка за специализация, заплащането на такси за специализация и ниската оценка на труда им са силно демотивиращи за младите лекари. В акредитираните учебни бази не се обръща достатъчно внимание на практикуващите студенти и специализанти поради липсата на финансов стимул за обучаващите, нелеките условия на труд и липсата на достатъчно медицински специалисти. Младите специалисти не получават чрез специализацията очакваните знания и умения. Започват да се открояват т.нар. "неатрактивни" специалности (клинична патология, инфекциозни болести, анестезиология и интензивно лечение, епидемиология, социална медицина и здравен мениджмънт и др.), което в дългосрочен план може да доведе до недостиг на определен тип специалисти. Неатрактивните клинични специалности са тясно обвързани със системата за финансиране на болничната помощ в България под формата на клинични пътеки. Особено предпочитание сред студентите имат хирургичните специалности като "кардиохирургия" и "акушерство и гинекология", както и някои клинични специалности като "ендокринология" и „кардиология“.

В условията на съществуващи проблеми в здравната система, лекарят и пациентът в България вместо да са партньори в опазването на здравето, те са поставени в позиция на противостоящи страни. Това води до неоснователни обвинения към лекарите, натоварването им с лична отговорност за всички проблеми на системата и несравнимо по-нисък престиж на професията у нас, отколкото зад граница.

При новите условия - членството ни в ЕС, свързано със свободно движение на професионалисти, съществува реална опасност от намаляване на техния брой поради миграция, която се наблюдава и в нашата страна. През следващите 10 години в здравеопазването ни може да настъпят сериозни проблеми с недостига на медицински специалисти. Миграцията е една от причините за това, но не е единствената. Дефицитът на хора в определени функции и специалности има потенциал да дестабилизира цялата система и да индуцира още по-голям отлив на специалисти.

Проучванията показват, че: 61% от лекарите и 58% от специалистите по здравни грижи, желаещи да заминат на работа в чужбина, са на възраст до 45 г. или възрастта на заминаващите е по-ниска от тази на оставащите; почти всеки втори, завършил в МУ-София, всеки пети във Варна, 15% в Плевен и 12% в Пловдив са желаещите да заминат на работа в чужбина, основно по специалностите обща медицина/вътрешни болести, анестезиология и интензивно лечение, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, а в страната ни не достигат такива специалисти. Предпочитани страни са главно Великобритания, Германия и Франция – общо 3/4 от лекарите. При медицинските сестри след Великобритания се нареждат Италия и Испания.

Основните фактори благоприятстващи решението за миграция са:

- ниско заплащане на труда, дисбаланс в заплащането на отделните медицински специалисти;
- трудности при професионалното и кариерно развитие;
- липса на оптимални условия на труд - невъзможност за практикуване на медицина на високо технологично ниво, бюрократични неуредици, работа в стресогенна среда;
- липса на системи за оценки – финансова, морална, за професионално развитие;
- ограничено разбиране на ниво лечебно заведение на управлението на човешките ресурси предимно като администриране на персонала;
- намаляването на един вид специалисти предизвиква недостиг и при други (например, недостигът на анестезиолози спъва работата на хирурзите, недостигът на медицински сестри е предпоставка за напускане и на лекари).

Тези фактори имат значение и за мобилността на кадрите между лечебните заведения в рамките на едно населено място или между населените места (основно към частните лечебни заведения), за която няма информация.

Проблемът за миграцията на здравни кадри има икономически, професионални и емоционални последици и е присъщ и на други страни в Европейския регион. Липсват точни данни за емиграцията, както и система и ресурси за наблюдение на явлението, в т.ч. за реализацията на здравните кадри в чуждите здравни системи и на завърналите се от емиграция в нашата страна. България издава удостоверения на лицата, придобили професионална квалификация по медицинска професия в България, които желаят да упражняват професията си в друга страна – членка на ЕС и съхранява тези данни. В същото време сертификатите за работа в чужбина носят информация само за намеренията за емиграция. Липсва информация колко от лицата, на които е издадено удостоверение, действително отиват в друга държава, получават признаване на професионалната си квалификация и започват работа по специалността си.

Основни проблеми:

- Осигуреността на системата с човешки ресурси се доближава до средните европейски показатели на фона на прогресивното влошаване на възрастовата структура на медицинските специалисти и увеличаване на броя на медицинските специалисти, желаещи да търсят професионална реализация извън страната.

Продължават диспропорциите в осигуреността с медицински специалисти по области и региони.

- Предприетите през последните години нормативни промени от страна на МЗ за защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение, на този етап не водят до съществено подобрене на процеса на следдипломно обучение на медицинските специалисти. И през 2012 г. утвърденият брой места за специализанти от Министерството на здравеопазването значително надхвърля броя на кандидатите за такова обучение. Без съществени промени остава и системата за продължаващо обучение в здравеопазването.

3. ФИНАНСИРАНЕ

Измененията на абсолютния размер на Брутния вътрешен продукт, на общите публични разходи за здравеопазване през последните десет години – общо и по източници за финансиране, техният относителен дял от брутния вътрешен продукт, както и промените в относителния дял на отделните източници за финансиране в общите разходи за здравеопазване са посочени в Таблица 2.

Табл. 2 Размер на БВП, общите разходи за здравеопазване и техният относителен дял от БВП, размер на разходите по източници на финансиране и техният относителен дял от общите разходи за здравеопазване (в млн. лв.)

Година	БВП	Здравеопазване общии разходи	Относителен дял от БВП	Разходи по източници на финансиране и относителен дял от общите разходи					
				НЗО К	%	Реп. бюджет	%	Общини	%
2001	29707	1196.0	4.0	428.2	35.7	452.0	37.7	265.0	25.1
2002	32335	1437.3	4.4	585.0	40.7	608.4	43.3	244.0	17.0
2003	34547	1697.7	4.9	775.0	45.6	705.0	41.5	217.0	13.0
2004	38275	1769.1	4.6	881.6	49.8	774.3	43.7	113.2	7.0
2005	42727	2008.6	4.7	1069. 4	53.2	808.3	40.2	128.9	6.5
2006	49091	2022.5	4.1	1357. 6	67.1	561.8	27.7	141.4	6.1
2007	56520	2373.3	4.2	1495. 2	63.0	706.0	29.7	170.7	7.2
2008	66728	2830.8	4.2	1696. 3	59.9	921.1	32.5	207.6	7.3
2009	66256	2634.4	4.0	1702. 7	64.6	700.4	26.5	219.2	8.1
2010	70474	3008.0	4.2	2032. 6	67.5	795.0	26.4	186.4	6.9
2011	76606	2992.0	3.9	2086. 0	69.7	661.3	22.0	183.8	7.8

Източник: Закони за държавния бюджет и Годишни отчети на НЗОК за периода 2001 – 2011 г.

Общият размер на приходите и трансферите, заложиени със Закона за бюджета на НЗОК за 2012 г., е 2 633 730 хил. лв. реализираните приходи и трансфери през годината са в размер 2 682 837 хил. лв., което представлява преизпълнение с 1,9% спрямо планираните средства.

По данни на НЗОК към 31.12.2012 г. броят на здравнонеосигурените лица е 1 395 хиляди души, което представлява 18% от лицата с направен избор за личен лекар.

Актуализираният годишен план на средствата за ПИМП за 2012 г. възлиза на 166 985 хил. лв. Относителният дял на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ е 57,9% от средствата за здравноосигурителните плащания на НЗОК за 2012 г. (при общ размер на средствата за болнична помощ – 1 447 909 хил.лв.). Разходът за дентална медицинска помощ представлява 4,2% от общо направените разходи.

При анализа на тази основна функция на здравеопазването се очертават следните **основни проблеми:**

(1) Независимо от значителното нарастване на абсолютния размер на средствата за здравеопазване от държавния бюджет (в пъти спрямо базовата година), относителният дял на тези средства от брутният вътрешен продукт (БВП), с малки колебания се позиционира около 4%, с което се задържа на едно от последните места в Европа.

(2) Стабилното и обективно нарастване на цената на здравеопазването, на отделните дейности в извънболничната и болнична помощ, на лекарствата, консумативите и медицинските изделия, задълбочава възникналите преди години проблеми в две направления:

➤ Поради ограничения размер на публичните средства тежестта на заплащането на тази цена се измества към личните плащания на населението за определени здравни услуги и лекарства. Ако публичните разходи за здравеопазване в периода 1999 – 2009 г. нарастват с 278% или близо три пъти, то потребителските разходи на домакинствата за здравеопазване нарастват за същия период с 581% или близо шест пъти. В тези разходи се включват: лекарства за домашно лечение, потребителски такси, достъп до специализирана медицинска помощ в извънболнични условия, заплащане на консумативи и медицински изделия, които не са включени в клиничните пътеки, при болничната помощ, клинично-лабораторни изследвания и при избягване списъка на чакащите в лечебните заведения. Около 74% от тези разходи са за лекарства и консумативи, 16% - за извънболнични услуги и около 10% - за болнични услуги. Тук следва да се отдели специално внимание на плащането на населението за „избор на екип” в болничната помощ. От право на пациента за избор то се превръща в негово задължение без гаранции за по-добро качество и, ако то не се изпълни, често води до отказ от лечение.

➤ Въпреки голямото увеличение на личните плащания от гражданите финансовите задължения на държавните и общински болници към доставчици на лекарства, медицински изделия и изпълнители на външни услуги нарастват постоянно. В края на 2012 година те вече достигат 360 млн. лв. Просрочените задължения са в размер на 148 млн. лв.. Особено тежко е положението на голям брой общински

болници, които поради налаганите финансови рестрикции от НЗОК и невъзможността за финансова подкрепа от общините ограничават силно своята дейност. Стигна се и до безпрецедентния факт някои болници да фалират и да бъдат закрити.

(3) Докато европейските правителства финансират средно около три четвърти от своите общи разходи за здравеопазване с публични средства (Франция и Германия – между 77-79%, Полша и Унгария – между 70-72%), в България този показател се движи между 55-60%. Ако се вземат предвид и неофициалните, нерегламентирани плащания, или плащания „под масата”, които не се отчитат в официалната статистика, относителният дял на публичните разходи от общите разходи за здравеопазване у нас ще намалее до под 50%.

За осигуряваните от държавата лица, последната плаща три пъти по-малко при положение, че е справедливо да бъде обратното. Защото средният разход за лечението на един пенсионер е с 85% по-висок, отколкото за останалите осигурени. Приблизителните изчисления показват, че приходите на НЗОК се формират от около 2,5 млн. работещи, чиито вноски съставляват 1,6 млрд. лв., а за 4 млн. души, осигурени от държавата, вноските са в размер на 940 млн. лв. Това означава, че работещите внасят средно по 53 лв. на човек на месец, а държавата внася по 19 лв. за хората, които осигурява.

(4) През последните десет години съществуват и неофициални, нерегламентирани плащания, или плащания „под масата”. Техният размер нараства значително и по неофициални данни достига 1,5 млрд. лв. Тази значителна финансова тежест също се поема от населението, а лицата, които не разполагат или не могат да осигурят финансови ресурси просто се лишават от достъп до медицинска помощ.

(5) Около 20–40% от населението на страната изпитва реални ограничения в достъпа до здравеопазване - в купуването на предписани лекарства (37.6%), в извършване на медико-диагностични изследвания (30.6%). Всеки четвърти се въздържа от прегледи и/или изследвания извън населеното място, където живее (25.8%); всеки шести – от постъпване в болница (16%), а всеки седми – от различни медицински услуги поради отдалеченост от дома (13.7%).

(6) Съществено значение има разбирането за пазарната структура на обединяването на средствата. Ключово измерение за това е наличието на конкуренция или монополизъм: има ли населението възможност да избира своята осигурителна организация или то се присъединява към такава на основата на географски принцип, професия или задължително участие, както е в нашата страна.

Този проблем става все по-голям с видимото намаляване на независимото и автономно положение на НЗОК, водещо до нейното постепенно одържавяване (промени в управлението, изземване на натрупания в размер на около 1,4 млрд. лв. финансов ресурс от нейния резерв и прехвърлянето му в консолидирания бюджет). Като следствие от това все по-голяма част от населението престава да заплаща здравноосигурителни вноски и преминава в групата на здравнонеосигурените.

(7) У нас определеният още през 1998 г. пакет от медицинска помощ за осигурените лица не е остойностен и съобразен с финансовите възможности за

изпълнението. С всяка изминала година това се усеща все по-тежко от населението и е основната причина за непосилното увеличаване на личните плащания.

(8) Въвеждането на доброволното здравно осигуряване бе осъществено без ясно разграничаване на пакетите от медицинска помощ на НЗОК и дружествата за доброволно здравно осигуряване. Тази липса на регламентация води до силно забавяне на развитието на доброволното здравно осигуряване и засилването на неговата роля във финансирането на здравеопазването. Осигуряваните приходи за здравния сектор от тези дружества в размер на около 20 млн. лв. годишно формира по-малко от 1 процент от общите разходи за здравеопазване.

(9) Съществуващите, все още нерешени ключови проблеми в заплащането на ИМП:

- Недостатъчният общ размер на средствата за трудови възнаграждения на изпълнителите на медицинска помощ в национален мащаб. С него се определя далеч по-ниска средна работна заплата за българските лекари и останали медицински специалисти в сравнение с европейските им колеги.
- Работещите в здравеопазването заемат едно от последните места по размер на средното месечно заплащане сред работещите в основните икономически области.
- Липсата на класификатор на лекарските специалности според сложността, риска и отговорността на дейност, на чиято основа да се определи социално – приемливата цена на труда за единица време в публичния сектор на здравеопазването, която да служи при ценообразуването и съответно при заплащането на различните видове дейности от НЗОК.
- Липсата на система за обвързване на качеството на работа на отделните изпълнители на медицинска помощ и размера на техните възнаграждения.

(10) Слабата ефективност в изразходването на ограничените финансови ресурси се изразява като:

- Разпределение и разходване на по-голяма част от ресурсите за болнична помощ и много по-малка част за дейности в извънболнична помощ, промоция на здраве и интегрирана профилактика.
- Липса на ефективни механизми за оптимизация на големината на болничната система, в резултат на което без всякакви медицински и икономически основания се поддържа система с голям брой болници, немалка част от които са с малък брой легла.
- Безпрецедентно увеличаване на броя на хоспитализациите, при което се допускат и медицински нарушения, като прием и селекция на болни без достатъчно медицински основания.
- Неравномерно разпределение на лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) на територията на страната – наличие на голям брой незаети практики в отдалечените и неблагоприятни райони, неприемливо малък брой на груповите практики в градовете,

обричащ населението без медицинска помощ. Всичко това, дължащо се на почти пълната липса на икономически и професионални стимули.

- Неприлагане в необходимата степен на предписване на лекарства на генеричен принцип, докато обществените фондове в повечето страни от Европейския съюз постигат значими спестявания при ползване на съвременни генерични алтернативи.
- Липса на възможности за споделяне на финансовата тежест между повече купувачи на здравни услуги.

4. УПРАВЛЕНИЕ

4.1. Проведените реформи на системата на управление на здравеопазването променят съществуващия централизиран държавно-административен модел.

Въвеждането на здравноосигурителен модел на финансиране, търговския статут на лечебните заведения, свободният избор на пациентите на ЛЗ, пазарът на здравните услуги и конкуренцията променят строежа, структурата, функциите, особено на лечебната част на здравеопазването.

След проведените реформи подредената и йерархично построена здравна система се трансформира в слабо структурирана съвкупност от различни видове лечебни заведения с конкретни икономически цели, чието „съществуване” се определя от техния успех на здравния пазар (здравно-осигурителен и свободен).

Системата на управление се изгражда върху няколко нови принципи, които би следвали да осигуряват по-добри възможности за по-висока ефективност на здравеопазването. Сред тях основно място заемат:

- (1) **децентрализация** на управлението – прехвърляне на правото на управленски решения на по-ниските нива на териториалното управление и на ЛЗ като самостоятелни икономически субекти;
Висшето ниво на управление (МЗ) запазва само нормативно-регулаторните и координационни функции за цялата система на здравеопазването и на управлението на ЛЗ с държавна собственост;
- (2) **деконцентрация** на управлението – т.е. създаване на самостоятелни подсистеми на управление на отделни дейности, като например на финансирането – НЗОК;
- (3) **демократичност и прозрачност** – участие на професионално-съсловните организации на медицинските специалисти при извършване на управленската дейност (вземане на решения, контрол по изпълнението и др.).

4.2. Правно-нормативната основа на системата на управление на здравеопазването се създава от три закона: Закон за здравето, Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения .

Съгласно Закона за здравето МЗ (Министърът) е най-висшето ниво на централната изпълнителна власт на държавата в областта на здравеопазването. Неговите функции са предимно нормативно-регулационни (наредби, заповеди, указания и др.) и имат задължителен характер за всички здравни и лечебни заведения в страната. Освен това координиращата роля на МЗ с останалите управленски структури (НЗОК, общините и др.) както и с професионално-съсловните организации на медицинските специалисти и тези на гражданското общество осигуряват възможности за постигане на по-висока ефективност.

МЗ като собственик на държавните лечебни заведения определя техните ръководства и финансиране, на една част от тях (ЦСМП, специализираните болници по психиатрия и др.) и субсидира инвестиционни проекти на тези, които имат търговски

статут (УМБАЛ и др.). Практиката показва, че тази функция не се изпълнява достатъчно ефективно, което е причина за съществуването на сериозни, предимно финансови проблеми в тези части на публичното здравеопазване (спешната медицинска помощ, болничната помощ, психиатричната помощ и др.)

МЗ създава национални центрове и специализирани центрове за изпълнение на управленски и информационни дейности, които все още не са в състояние да изпълняват някои от основните функции и дейности на висшето ниво на управлението, особено в областта на специализирания контрол върху качеството и ефективността на здравните дейности.

Висшият медицински съвет, като консултативен орган на МЗ, досега има ограничено значение при взимане на управленски решения.

МЗ осъществява управленски функции на „областно ниво“ чрез РЗИ. Те имат предимно административно-технически функции (събиране на здравна информация, регистрация на ЛЗ и др.) Те не могат да провеждат самостоятелно регионална здравна политика и контролна дейност върху качеството и ефективността на здравеопазването и др.. Тези ограничения, в съчетание с „малките“ правомощия на областните управители обуславят невъзможността да се разработва и изпълнява регионална здравна политика. Това е и причината за съществуването на значителни териториални различия както в здравето на населението, така и в състоянието и дейността на здравната система.

Структурата на МЗ, определена с неговия Правилник за устройство и дейност не е адекватна на структурата на здравната система (обособени съвкупности от ЛЗ за първична и специализирана извънболнична и за болнична помощ и др.), което детерминира проблеми в нейното управление.

Досегашната практика показва, че по различни причини (политически, финансови, управленски и др.) дейността на НЗОК е съпътствана от сериозни управленски проблеми, което затруднява дейността на ЛЗ и създава голяма неудовлетвореност сред медицинските специалисти, пациентите и техните организации.

Някои норми в Закона за задължителното здравно осигуряване водят до това, че НЗОК не е в състояние да постигне по-висока ефективност на използване на публичните здравно-осигурителни ресурси (задължения за сключване на договори с всички изпълнителите на медицинска помощ, невъзможност за извършване на контролна дейност върху качеството, изработване на самостоятелен бюджет и др.).

Съгласно Закона за местното самоуправление и местната администрация „общините“ имат задължението да управляват общинското здравеопазване. С изключение само на няколко големи общини, при останалите няма създадени специализирани органи на управление, а поради сериозни финансови затруднения и търговския статут на ЛЗ с общинска собственост, на практика не се изпълняват задълженията произтичащи от посочения закон. Тази е причината, в съчетание с ограничените възможности на РЗИ да не се извършва пълноценна управленска дейност, което води до сериозни неравенства в развитието и дейността на ЛЗ и оттам на достъпа и качеството на медицинската помощ в голяма част от общините на страната.

Съгласно Закона за лечебните заведения изпълнителите на медицинска помощ (ПМП, СИМП, болници, МДЛ и др.) са автономни икономически субекти и се

самоуправляват при спазване на правно-нормативните изисквания определени в останалите закони по здравеопазването, независимо от тяхната собственост.

Основната отговорност на МЗ и общините при ЛЗ с държавна и общинска собственост е да определят и назначават техните ръководства.

Независимо от изискванията за професионализация на здравното управление в държавните и общински ЛЗ практиката от повече от 10 години показва, че тяхната дейност от икономическа гледна точка е неефективна, т.е. съществува дисбаланс между приходите и разходите, като някои от тях се намират във фактически фалит.

4.3. Сегашното състояние на здравето на нацията и на осигуреността на здравеопазването с различни видове ресурси (финансови, технически, човешки, информационни и др.) показва, че ефективността на управлението като цяло е ниска, а в някои направления и области лоша.

Управлението не може да създаде добър баланс между дейността на системата на здравеопазването (приемлив достъп и качество) и здравните потребности на хората и техните очаквания. Така основните показатели измерващи здравето, осигуреността и ресурсите на здравеопазването имат стойности, които класират България на последните места сред страните в ЕС.

Анализът на системата на управление, показва, че върху неефективността на нейната дейност влияят множество фактори от различен характер – политически, правно-нормативни, финансови, професионални, социално-психологически и др. Сред тях най-голямо значение имат:

- **Ниската приоритетност** на здравеопазването в провежданата досега държавна политика;
- **Наличието на сериозни дефекти** в правно-нормативната регулация включени в основните здравни закони и оттам необходимостта от непрекъснати промени (досега са направени повече от няколко стотин поправки);
- **Неадекватно финансиране** на здравеопазването, несъответстващо на неговите потребности за задоволяване на съществуващите здравни потребности (основно с публични ресурси);
- Несъвършенство на здравно-осигурителния модел (наличие на монополност, дефекти в договарянето с професионално-съсловните организации и с изпълнителите на медицинска помощ, практическо отсъствие на доброволно здравно осигуряване и др.);
- **Дефицит в управлението** на здравеопазването на регионално и общинско ниво поради правно-нормативни причини, недостатъчен размер на средствата за публично финансиране и др.

Освен тези фактори, които са „външни” на системата на здравеопазването сериозно влияние върху ефективността на управлението имат и някои фактори с вътресистемен характер:

- **несъвършенство на редица нормативни документи** на МЗ, които не създават условия за ефективна дейност;

- **ограничено или недостатъчно включване** на професионално-съсловните организации (БЛС, БЗС и др.) и тези на гражданското общество при вземане, изпълнение, контрол на различни управленски решения;
- **лошата информационна база** на здравеопазването като цяло поради бавното въвеждане на електронното здравеопазване и на многофункционалната информационна система, вкл. и тези части които са ориентирани към здравното управление;
- **бавната професионализация** на здравното управление (независимо от големия брой специалисти с образование в областта на здравното управление и нормативните документи за тяхното назначаване);
- **бавното въвеждане на системите** за осигуряване, управление и контрол на качеството на медицинските дейности и на професионалната дейност на медицинските специалисти, вкл. и на тези от здравното управление и на системата за неговото оценяване (акредитация).

Отстраняването на тези фактори, които влияят върху ефективността на управление в здравеопазването, има важно стратегическо значение и за постигане на крайните цели на Националната стратегия.

ФИНАНСОВ ПЛАН

Финансовият план е разработен в оптимален, песимистичен и оптимистичен вариант при следните допускания:

1. Планираните средства са на основата на политиките провеждани в момента и планирани за продължаване в бъдещето
2. Планираните средства не изискват увеличаване на осигурителните вноски, данъци, както и промяна на съотношението на процента публични средства вложени в здравеопазването и са съобразени с прогнозата за растеж на МФ и развитието на икономиката в страната и Европа
3. Няма очаквания за бързо възстановяване от кризата, като стагниращите елементи в икономиката ще продължават, ако няма активна политика на държавата в тази насока ще се развиват до 2016-2017 год.
4. На основата на тези прогнози няма очаквания за значими допълнителни възможности за повишаване средствата в сферата на здравеопазването, освен външно финансиране на базата на оперативните програми от ЕС.
5. Не трябва да се очакват и политически решения в посока увеличаване на здравната вноска или данъците, което няма да се понесе от населението, нито бързо повишаване на доходите на населението, което да се отрази на нивата на осигурителните вноски
6. Планираните средства отразяват моментното здравно състояние на населението, както и моментната здравно-демографска ситуация, като в тях няма планирани увеличени потребности на населението
7. При допълнителен анализ за увеличаване потребностите на населението в определени насоки – например разходи за възрастни, хронифицирани заболявания, инвалидизация и маргинални и рискови групи е необходимо да се направят допълнителни допускания, което ще доведе до увеличаване на средствата в определени политики
8. Планираните средства се съотнасят към ангажираните институции за осъществяване на политиките, като разпределението на средствата към тях е свързано с отговорностите по отделните политики.
9. Планираните средства са на две нива – национално финансиране и средства по Оперативни програми на ЕС, които ще се разпределят в подпомагане на няколко политики едновременно или една национална политика може да черпи допълнителни средства от няколко оперативни програми.
10. Песимистичната прогноза при националното финансиране отразява задържане на развитието на икономиката и задържане на планираните средства в рамките на ежегодната инфлация.
11. Оптимистичната прогноза отразява постепенно възстановяване на националната икономика и минимален растеж на средствата по години като процент от НБП – до 5% в края на периода
12. Прогнозата за планираните средства по оперативните програми е в няколко направления, които отразяват НПП на България-2020 и програмата Европа 2020 на ЕС и посочените суми са индикативни
13. Песимистичният вариант на планираните средства е в рамките на 4,0%, а оптимистичният е в рамките на 4,4% от общите средства по програмния период
14. Прогнозата и планираните средства се основават на прогнозите на Министерство на финансите за Брутния вътрешен продукт (текущи цени) по проекта за

Бюджета на Р България за 2014 г. и прогноза за следващ период и делът на средствата за здравеопазване към тази прогноза, който се задържа в рамките 4,2-4,3 %.

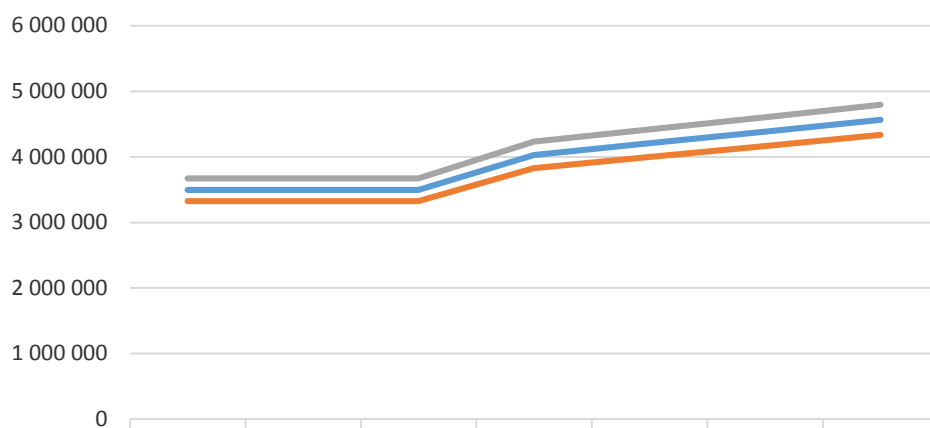
15. Посочените суми след 2016 година са индикативни по национално финансиране.
16. Финансовия план няма да има пряко финансово въздействие върху цялостната макрорамка на страната

Планирани средства по политики и години в хиляди лева

ПОЛИТИКИ	ПЛАНИРАНИ СРЕДСТВА					в хиляди лева	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Общо - национално финансиране	3 439 881	3 439 881	3 439 879	3 611 873	3 792 466	3 982 090	4 181 194
<i>I.1. Песимистична прогноза</i>	<i>3 267 887</i>	<i>3 267 887</i>	<i>3 267 885</i>	<i>3 431 279</i>	<i>3 602 843</i>	<i>3 782 985</i>	<i>3 972 134</i>
<i>I.2. Оптимистична прогноза</i>	<i>3 611 875</i>	<i>3 611 875</i>	<i>3 611 873</i>	<i>3 792 466</i>	<i>3 982 090</i>	<i>4 181 194</i>	<i>4 390 254</i>

Планирани средства по Оперативни програми на ЕС по направления (в хил. евро):	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Реформиране на финансовата система на здравеопазването	200	200	200	235	240	240	220
Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването	4 230	4 230	4 230	4 240	4 250	4 300	4 400
Болнична помощ	6 700	6 700	6 700	6 900	6 900	6 900	6 950
Спешна медицинска помощ	3 750	3 750	3 750	3 800	3 800	3 800	3 800
Осигуряване на дългосрочна грижа на уязвими групи от населението	8 200	8 200	8 200	11 400	11 100	12 500	12 800
Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване	3 400	3 400	3 400	3 500	3 600	3 600	3 700
Здравни технологии, иновации и инвестиции	60	60	61	62	63	64	65
Развитие на електронното здравеопазване	2 000	2 000	2 000	2 500	2 500	2 500	2 500
II. Общо по Оперативни програми (в хил. евро)	28 540	28 540	28 541	32 637	32 453	33 904	34 435
II. Общо по Оперативни програми (в хил. лева)	55 819	55 819	55 821	63 832	63 473	66 310	67 349
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
III. Общо за здравеопазването (I+II)	3 495 700	3 495 700	3 495 700	4 027 867	4 206 117	4 384 367	4 562 617
<i>III.1 Песимистична прогноза</i>	<i>3 320 915</i>	<i>3 320 915</i>	<i>3 320 915</i>	<i>3 826 474</i>	<i>3 995 811</i>	<i>4 165 149</i>	<i>4 334 486</i>
<i>III.2. Оптимистична прогноза</i>	<i>3 670 485</i>	<i>3 670 485</i>	<i>3 670 485</i>	<i>4 229 260</i>	<i>4 416 423</i>	<i>4 603 585</i>	<i>4 790 748</i>

Планирани средства общо за здравеопазване - оптимална, песимистична и оптимистична прогноза (в хил. лева)



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
III. Общо за здравеопазването (I+II)	3 495 700	3 495 700	3 495 700	4 027 867	4 206 117	4 384 367	4 562 617
III.1 Песимистична прогноза	3 320 915	3 320 915	3 320 915	3 826 474	3 995 811	4 165 149	4 334 486
III.2. Оптимистична прогноза	3 670 485	3 670 485	3 670 485	4 229 260	4 416 423	4 603 585	4 790 748

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2014-2020

ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ 2014-2020

Политика 1: Ефективно управление (ръководство) на здравеопазването за успешно постигане на стратегическите цели				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
1.1 Осигуряване от МЗ лидерство на национално ниво за засилване на колаборацията между всички партньори в здравеопазването по внедряване на планираните мерки, споделяне вземането на решения и добрите практики, както и ефективното изразходване на ресурсите.	1.1.1 Разработване на механизми за изпълнение на приетите мерки за подобряване ефективността на управление на системата на здравеопазване с цел подобряване колаборацията между всички партньори в нея.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет
1.2 Повишаване на капацитета за оперативно и стратегическо планиране.	1.2.1 Разработване на методологически и методически инструменти и процедури за обучение на служителите от структурите на здравното управление.	2015	МЗ	Държавен бюджет
	1.2.2 Провеждане на обучение за повишаване на капацитета за оперативно и стратегическо планиране за повишаване на техния капацитет за оперативно и стратегическо планиране, осигуряване на качеството и на контрола на здравните дейности, подобряване на съгласуваността и взаимодействието между институциите, в т.ч. и с тези на ЕС, по-пълно усвояване и управление на средствата от структурните фондове на ЕС и др.	2014-2010	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

1.3 Разработване на нормативни документи, чрез които управлението на здравеопазването да се ориентира към създаване на баланс между здравните потребности на населението, необходимите ресурси за тяхното задоволяване и към здравните резултати.	1.3.1 Подготовка и изготвяне на Национална здравна карта с оглед намаляване диспропорцията при разпределението на лечебните заведения и задоволяване здравните потребности на населението.	2014	МЗ	Държавен бюджет
1.4 Разработване на система от здравни индикатори за измерване на ефективността на здравното управление на различните нива.	1.4.1 Определяне на измерими индикатори за оценка ефективността на здравното управление на различните нива.	2014 г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	1.4.2 Внедряване на механизми и процедури за обратна връзка от заинтересованите страни с оглед използване на информацията за вземане на своевременни управленски решения.	постоянен	1.2. МЗ, НЗОК	Държавен бюджет
	1.4.3 Разработване на система за мониторинг чрез създадените критерии за оценяване дейността на лечебните заведения, с оглед повишаване качеството на управление .	2015 г.	МЗ, РЗИ, лечебни заведения	Държавен бюджет
	1.4.4 Периодично провеждане на анкети сред потребителите за оценка ефективността на предлаганите здравни услуги на различни нива.	ежегодно	НЗОК, РЗИ, ЛЗ	Държавен бюджет
	1.4.5 Създаване на система за повишаване на квалификацията на работещите в системата на здравното управление.	2015 г.	МЗ, НЦОЗА, РЗИ, висши медицински училища, съсловни организации	Държавен бюджет
	1.4.6 Предприемане на ефективни мерки за предотвратяване на корупционни практики в системата на здравеопазването с помощта на нормативно регламентирани	2014 г., постоянен	МЗ, НЗОК, РЗИ, ЛЗ, съсловни организации	Държавен бюджет

	правила за извършване на медицинските дейности.			
	1.4.7 Развитие и синхронизиране на съществуващите информационни системи и внедряване на единни критерии в системата на здравно управление на различните нива.	2015 г.	МЗ, НЗОК, РЗИ, ЛЗ	Държавен бюджет
	1.4.8 Периодично събиране на информация и изготвяне на анализи относно хода на реализация на политиките и постигането на поставените цели в тях.	ежегодно	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет
	1.4.9 Анализ на ефикасността на публичните разходи по различните политики, с оглед подобряване на здравните показатели, които се ползват като техни индикатори.	постоянен	МЗ, МФ, НЗОК, РЗИ	Държавен бюджет
1.5 Въвеждане на системи за мониторинг и оценка на въздействието на политиките, имащи отношение към здравето.	1.5.1 Оценка на резултатите на различните политики, имащи отношение към здравето.	ежегодно	МЗ	Държавен бюджет
	1.5.2 Обсъждане в Обществения съвет към Министерството на здравеопазването на въздействието на различните политики в обществото.	ежегодно	МЗ, ОС, НПО	Държавен бюджет
	1.5.3 Отчитане резултатите от изпълнението на политиките в Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите.	ежегодно	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	1.5.4 Изграждане на единна информационна система, разполагаща с база данни по здравните показатели, с оглед установяване въздействието на политиките, имащи отношение към здравето.	2014 -2015 г.	МЗ, НЗОК, НЦОЗА	Държавен бюджет
	1.5.5 Актуализиране вътрешните правила на лечебните заведения, гарантиращи	2014 г.	РЗИ, лечебните заведения	Държавен бюджет

	ефективното използване на лекарствените продукти за лечение на пациентите и безопасността на работещите в лечебното заведение, с конкретни мерки и срокове.			
	1.5.6 Съблюдаване нормативните изисквания за организацията на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции и медицинския стандарт за профилактика и контрол на вътреболнични инфекции.	постоянен	МЗ, РЗИ, лечебните заведения	Държавен бюджет
	1.5.7 Провеждане на прозрачни тръжни процедури за осигуряване на лекарствени продукти и за подобряване на материално-техническата база на лечебните заведения.	постоянен	МЗ, РЗИ, лечебните заведения	Държавен бюджет
1.6 Въвеждане на система за контрол на лечебните заведения и мониторинг на медицинските дейности, употребата на лекарствени продукти, безопасността и правата на пациентите и др.	1.6.1 Въвеждане на нормативни промени за засилване контролните функции на съветите за лекарствена политика в болничните заведения, с оглед своевременната употреба на лекарствени продукти.	2014 г.	МЗ, лечебните заведения	Държавен бюджет
	1.6.2 Проучване и въвеждане на добри практики за контрол на различни нива върху дейностите на лечебните заведения.	2015 г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	1.6.3 Нормативно регламентиране увеличаването на контролните функции на Съвета по акредитация за изпълнение на показателите и критериите за акредитация на лечебните заведения.	2014 г.	МЗ	Държавен бюджет
	1.6.4 Засилване контролните функции на МЗ и РЗИ по прилагането на медицинските стандарти в лечебните заведения.	2014	МЗ, РЗИ	Държавен бюджет

Политика 2: Реформиране на финансовата система на здравеопазването за увеличаване на финансовите ресурси и тяхното ефективно управление				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
2.1 Усъвършенстване на модела на здравно осигуряване.	2.1.1.Извършване на анализ на нормативната база, регламентираща здравното осигуряване и анализ на състоянието и икономическите параметри на системата за здравно осигуряване.	2015г.	МЗ, НЗОК	Държавен бюджет, ЕС
	2.1.2 Обществено обсъждане на резултатите и предложенията за усъвършенстване на здравноосигурителния модел в България.	2015г.	МЗ	ЕС
	2.1.3 Разработване и приемане на пакет нормативни документи, отразяващи предложенията за усъвършенстване на здравноосигурителния модел, в т.ч.: създаване на механизми за повишаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски;промяна на здравноосигурителните пакети и осигуряване на възможност за избор на здравноосигурителен пакет.	2016г.	МЗ, НЗОК, МТСП	Не е необходимо финансиране
	2.1.4 Провеждане на обществена информационна кампания за разясняване на предвижданите промени и мотивиране за участие в системата на здравното осигуряване.	2015-2016г.	МЗ, НЗОК	ЕС
2.2 Изграждане на капацитет за въвеждане на заплащане на болничните услуги по системата ДСГ.	2.2.1 Официализиране на адаптираната класификационна система за групиране на процедурите.	2015 г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
	2.2.2 Изработване на български	2015- 2016г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС

	относителни тегла на ДСГ, подход, правила и софтуерни инструменти за периодичната им актуализация.			
	2.2.3 Разработване на методика за заплащане на болничните дейности по ДСГ, симулация на разпределението на финансовия ресурс и разработване на български софтуерен инструмент за изчисление на болнични бюджети.	2015г.	МЗ, НЦОЗА, НЗОК	ЕС
	2.2.4 Разработка на електронен вариант на WEB базирани курсове за дистанционно обучение за кодиране по ICD10AM и ДСГ класификационна система и остойностяване на болнични продукти и услуги, както и на лекарите в доболничната медицинска помощ.	2015 - 2016г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
	2.2.5 Адаптиране на специализирания софтуер за паралелна работа със система за кодиране ICD10AM и класификационна система AR DRG 6.0 и онлайн или ежедневен обмен на данни с централна система.	2015-2016г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
	2.2.6 Разработка и тест на софтуер за групиране на случаи по AR DRG 6.0 класификационна система с модификация за България.	2015 – 2016г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
	2.2.7 Разработване и приемане на необходимото законодателство и нормативна уредба за въвеждане на ДСГ.	2016г.	МЗ, НЗОК	Държавен бюджет
	2.2.8 Информационно осигуряване на процеса на въвеждане на ДСГ.	2016-2019г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
	2.2.9 Обучение на обучители, кодировчици, одитори и болнични мениджъри.	2016-2017г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
	2.2.10 Въвеждане на пилотен проект с въвеждане на ДСГ в 40 лечебни заведения	2018-2019г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС

	за болнична помощ.			
	2.2.11 Разработване на система за договаряне с изпълнителите на медицинска помощ.	2017г.	НЗОК, БЛС	Държавен бюджет
	2.2.12 Осигуряване на технологичен и административен капацитет за въвеждане и контрол на системата за финансиране чрез ДСГ .		МЗ, НЦОЗА, НЗОК	Държавен бюджет
	2.2.13 Въвеждане на финансиране от НЗОК чрез системата на ДСГ.	2018г.	НЗОК, БЛС	Държавен бюджет
	2.2.14 Усъвършенстване на специализирания софтуер и изграждане на капацитет за обслужване на повече от един източник на финансиране	2017-2019г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
2.3 Осигуряване на строг финансов контрол на разходите.	2.3.1 Внедряване на стандартите GS1 в областта на здравеопазването чрез проследяване на пациенти, обслужващ персонал, медикаменти и медицинско оборудване; Включване на GS1 системите за проследяване на движението на хранителните продукти и ингредиенты от единия край на веригата за снабдяване и по целия път до потребителя	2015-2020	МЗ, БТПП, НЦОЗА, Българска агенция по безопасност на храните	Държавен бюджет

Политика 3: Осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването, които да могат да удовлетворят нарастващите настоящи и бъдещи здравни потребности на хората				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
3.1 Увеличаване приема за обучение на специалистите по здравни грижи във	3.1.1 Предложение до МОН за увеличаване броя на местата за студенти по специалност „медицинска сестра” с цел	Ежегодно при разработването на проекта на Решение на	МЗ	Държавен бюджет

<p>висшите училища с оглед в стратегическия период да бъде преодолян създадения недостиг и дисбаланси в отношенията на броя им към броя на лекарите, с особено внимание към медицинските сестри.</p>	<p>достигане на минимално съотношение 1:2 на студентите в специалност „медицина” към студентите в специалност „медицинска сестра”.</p> <p>3.1.2 Обсъждане с МОН на възможни мерки за стимулиране на висшите училища за увеличаване капацитета за обучение по специалност „медицинска сестра“ и заявяваните от тях брой места за студенти по тази специалност.</p> <p>3.1.3 Предложение за създаване на възможност факултетите и филиалите на висшите училища да могат да провеждат обучение и на образователно-квалификационна степен (ОКС) „професионален бакалавър по ...“ с цел повишаване броя на студентите по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“ с ОКС „професионален бакалавър по ...“</p>	<p>МС за утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти</p> <p>31.12.2014г.</p> <p>31.12.2014г.</p>	<p>МЗ, МОН, висши училища, НАОА, БАПЗГ</p> <p>МОН, МЗ, висши училища, БАПЗГ</p>	
<p>3.2 Нормативни промени, с които да се разширят функциите на специалистите по здравни грижи, вкл. и възможността за извършване на самостоятелна медицинска дейност, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.</p>	<p>3.2.1 Обсъждане с представители на БАПЗГ, висшите училища и МЗ на възможността за разширяване на професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват и изготвяне на съответни нормативни промени.</p> <p>3.2.2 Изготвяне съвместно с представители на БАПЗГ, МЗ и НЗОК на нормативни промени, с които да се даде възможност медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти да</p>	<p>01.07.2015г.</p> <p>31.12.2015г.</p>	<p>МЗ, БАПЗГ, висши училища</p> <p>МЗ, БАПЗГ, НЗОК</p>	<p>Държавен бюджет</p>

	извършват самостоятелно професионални дейности, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.				
3.3 Определяне от МЗ на потребностите от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи, които да послужат за основа за определяне на приема във висшите училища с оглед възстановяване на баланса на различните видове специалности.	<p>3.3.1 Определяне на потребностите от кадри по видове специалности съобразно заболяемостта на населението, разпределението по възрастови групи и региони.</p> <p>3.3.2 Предприемане на мерки и съответни действия за повишаване капацитета на висшите училища за обучение в специалности, водещи до упражняване на регулирани медицински професии с оглед изравняване на баланса между различните специалности.</p> <p>3.3.3 Осъществяване на законодателни промени, като се регламентира в Закона за здравето (чл.178, ал.3), че министърът на здравеопазването ежегодно определя броя на всички видове места за придобиване на специалност в съответствие с целите и приоритетите на системата на здравеопазване.</p> <p>3.3.4 Утвърждаване на достатъчен брой места за специализиране на български граждани, съобразно потребностите на населението и възможностите за обучение.</p> <p>3.3.5 Провеждане политика на стимулиране на специалностите, по които броя на заявените потребности надхвърля броя на специалистите, включително и</p>	01.07.2015 г.;	постоянен срок за изпълнение;	<p>Министерство на здравеопазването, Министерство на образованието и науката, Регионални здравни инспекции, висши училища, Национална агенция за оценяване и акредитация, национални центрове, лечебни заведения</p>	Държавен бюджет

	<p>специализиращите, като се предвижда специализацията по тези специалности да се финансира от държавата.</p> <p>3.3.6 Провеждане политика на контрол по отношение броя на местата за специалности, за които в анализите е установено по-голям брой специалисти (включително специализиращи) спрямо потребностите - броят на местата за специализация финансирани от държавата да бъде не по-малко от 50% от общия брой обявени места за специализация, съобразени с броя на завършващите магистри по „медицина“ през текущата година.</p>			
3.4 Разработване и въвеждане на единна информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри.	<p>3.4.1 Определяне на параметрите, които следва да съдържа единната информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването.</p> <p>3.4.2 Определяне на всички институции, отговорни за въвеждане и поддържане на актуална информация в единната информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването и на институциите, които ще имат достъп до базата данни.</p> <p>3.4.3 Изграждане и въвеждане на информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването като модул в единната Национална здравно-информационна</p>	<p>01.07.2015г.</p> <p>01.07.2015г.</p> <p>01.07.2018г.</p>	<p>МЗ, НЦОЗА, съсловните организации на медицинските специалисти</p> <p>МЗ, НЦОЗА</p> <p>НЦОЗА, МЗ</p>	Държавен бюджет

	система.			
3.5 Въвеждане на единни академични стандарти, които да се използват за актуализиране учебните програми във висшите училища, разширяване на практическите умения на новозавършилите лекари, с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност.	<p>3.5.1 Разработване от висшите училища на критерии и стандарти за изготвяне и актуализиране на учебните програми по специалности, с оглед разширяване практическите умения на новозавършилите медицински кадри.</p> <p>3.5.2 Въвеждане във всички висши училища съвременни технологии за обучение.</p> <p>3.5.3 Включване в програмите за обучение на студенти на приоритетни въпроси от националните програми за борба със социално значимите заболявания.</p> <p>3.5.4 Включване в учебните програмите на практическо обучение в центрове за спешна медицинска помощ.</p>	Срокът за изпълнение на тази дейност е 2014/2015 г.	Висши училища, техните структури и ЦСМП	бюджет на висшите училища
3.6 Ориентиране на висшето образование към специалисти и специалности, необходими на практическото здравеопазване, вкл. и такива, които не са традиционни за нашата страна.	<p>3.6.1 Извършване проучване и анализ на потребностите на населението от осъществяване на медицински дейности, които до сега не са предлагани в България.</p> <p>3.6.2 Предложение за въвеждане на обучение във висшите училища и техните структури по одобрените специалности.</p> <p>3.6.3 Изготвяне предложение до МТСП за включване на одобрените специалности в националния класификатор на професиите и длъжностите.</p>	до края на 2014 г.	МЗ, МОН, МТСП и ВУ	Държавен бюджет
		2015 г.		
		2015 г.		

<p>3.7 Създаване на нова нормативна уредба за специализация на кадрите в здравеопазването, организация и провеждане на продължаващото медицинско обучение, в която да се либерализира процеса на започване на специализация и повишат изискванията при държавните изпити за придобиване на специалност.</p>	<p>3.7.1 Приемане на концепция за реализиране на нормативни промени и синхронизиране на отделните нормативни актове в областта на следдипломното обучение в системата на здравеопазването.</p> <p>3.7.2 Усъвършенстване на процедурите разписани в действащ подзаконов нормативен акт, чрез приемане на проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба №34 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването в следните насоки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оптимизиране планирането на броя на местата за специализанти, съобразени с потребностите на населението от специалисти и провеждане на държавна политика на стимулиране на медицинските кадри да се обучават по дефицитни специалности; - Либерализиране приема на специализанти чрез облекчаване на достъпа до специализация (премахване на изпита за зачисляване); - Премахване на съществуващите пред специализантите процедурни затруднения свързани с допускане до държавен изпит за придобиване на специалност; - Стимулиране работещите в централите за спешна помощ да специализират (да се вземат задължение на Висшето училище да 	<p>2014 г.</p> <p>до 2015 г.</p>	<p>МЗ, МОН и МФ</p>	<p>Държавен бюджет</p>
---	--	----------------------------------	---------------------	------------------------

	<p>класира работещите в центровете за спешна помощ преди всички останали);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Провеждане на държавна политика на стимулиране на медицинските кадри да се обучават по специалности, по които има недостиг на кадри в системата на здравеопазването; Усъвършенстване на механизма на разпределение на специалисти, обучавали се на места финансирани от държавата по лечебни заведения; - Утвърждаване на ролята на МЗ като институция, която е ангажирана с планирането, контролирането и организирането на дейността по провеждане на обучение за придобиване на специалност; - Предприемане на действия по актуализиране на учебните програми за придобиване на специалност чрез разширяване на практическите знания и умения и поставяне на акцент върху профилактиката и подобряване организацията на обучение; - Прецизиране номенклатурата на специалностите; - Разширяване обхвата на обучението за придобиването на професионална квалификация за извършване на високоспециализирани дейности в 			
--	---	--	--	--

	определена област на здравеопазването.			
3.8 Въвеждане на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели изискващи по-малък брой на човешките ресурси.	<p>3.8.1 Анализ и оценка на възможностите определени дейности, извършвани от лекари да се извършват от медицински сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти с цел професионално развитие на специалистите по здравни грижи и облекчаване на лекарите, които да насочат дейността си към по-високоспециализирани дейности.</p> <p>3.8.2 Използване на възможностите на телемедицинските услуги при диагностика и лечение с цел намаляване на броя на необходимите човешки ресурси в лечебно-диагностичния процес.</p>	<p>31.12.2015г.</p> <p>01.07.2019г.</p>	<p>БЛС, БАПЗГ, МЗ, НЦОЗА</p> <p>Лечебни заведения, МЗ</p>	<p>Държавен бюджет, БЛС, БАПЗГ</p>
3.9 Въвеждане на система за периодична ресертификация на лекарите с придобита специалност, като форма на професионален контрол върху тяхната компетентност.	<p>3.9.1 Проучване и анализиране опита на другите държави членки на ЕС в тази област.</p> <p>3.9.2 Изготвяне на предложение за законодателни промени, регламентиращи ресертификацията.</p> <p>3.9.3 Разработване и утвърждаване на система за периодично повишаване квалификацията на лицата придобили специалност.</p>	<p>2015 г.</p> <p>2016 г.</p> <p>2017 г.</p>	<p>МЗ, ВУ, Съсловни организации</p>	<p>Бюджет на съсловни организации</p>
3.10 Промени в технологията и отговорностите на професионалните организации на медицинските специалисти (БЛС, БЗС и др.) при организиране и провеждане	<p>3.10.1 Предприемане на законодателни промени в законите за съсловните организации на медицинските специалисти.</p> <p>3.10.2 Разработване на програми за продължаващото медицинско обучение от</p>	<p>2014 г.</p>	<p>МЗ и съсловни организации</p>	<p>Държавен бюджет</p>

<p>на продължаващо обучение, съответстващи на потребностите на промените в профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията и на приоритетите в здравеопазването през стратегическия период.</p>	<p>всяка съсловна организация, съответстващи на потребностите от промени в профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията и на приоритетите в здравеопазването през стратегическия период.</p> <p>3.10.3 Разработване на модел за продължаващо обучение и сертифициране на съответната категория медицински специалисти.</p> <p>3.10.4 Изграждане на капацитет в съсловните организации за провеждане на продължаващо обучение и периодично сертифициране.</p>	<p>2014/2015 г.</p>		
<p>3.11 Рационализиране на обучението и специализацията на лекарите от първичната извънболнична помощ и съобразяване с европейските модели на общата медицинска практика (WONCA, EURACT и др.).</p>	<p>3.11.1 Актуализиране на учебната програма за придобиване на специалност Обща медицина от висшите училища с участието на представители на организации на общопрактикуващите лекари с цел съобразяване с европейските модели на общата медицинска практика (WONCA, EURACT и др.).</p> <p>3.11.2 Развитие на продължаващото медицинско обучение на лекарите от първичната извънболнична помощ с цел съобразяване с европейските модели на общата медицинска практика (WONCA, EURACT и др.) и въвеждане на учебно базирано обучение.</p>	<p>01.07.2015г.</p> <p>31.12.2014г.</p>	<p>Висши училища, БЛС, НСОПЛ</p> <p>БЛС, НСОПЛ</p>	<p>Държавен бюджет</p>

<p>3.12 МЗ и БЛС, съвместно с работодателите в здравеопазването и в съответствие с подобряване на финансирането на лечебните и здравни заведения да разработят нова нормативна уредба и програми за увеличаване на трудовите възнаграждения на медицинския персонал в България, подобряване на условията на труд и технологична модернизация на сектора, с оглед до края на стратегическия период да се достигнат средноевропейските нива.</p>	<p>3.12.1 Разработване на нормативна уредба, регламентираща формирането на работната заплата на медицинския персонал в лечебните и здравни заведения и справедливо разпределение на финансовите ресурси за допълнителни трудови възнаграждения.</p> <p>3.12.2 Въвеждане в медицинските стандарти по съответните специалности на минимални изисквания за броя на различните видове медицински специалисти с цел гарантиране на оптимално натоварване на персонала и съответно подобряване условията на труд.</p>	<p>31.12.2015г.</p> <p>31.12.2016г.</p>	<p>МЗ, НЦОЗА, БЛС, БЗС, БАПЗГ, БФС, лечебни заведения</p> <p>БЛС, БЗС, БАПЗГ, БФС, МЗ</p>	<p>Държавен бюджет</p>
<p>3.13 Създаване на класификатор на медицинските специалности, съобразно тежестта, риска и отговорността на извършваните от тях дейности, които да се използва при ценообразуването на различните видове дейности, които те извършват.</p>	<p>3.13.1 Изработване от представители на БЛС и БЗС, национални консултанти, МЗ, НЦОЗА на класификатор на медицинските специалности, съобразно тежестта, риска и отговорността на извършваните от тях дейности, които да се използва при ценообразуването на различните видове дейности.</p>	<p>01.07.2016г.</p>	<p>БЛС, БЗС, МЗ, НЦОЗА</p>	<p>Държавен бюджет</p>
<p>3.14 Разработване на технологии, чрез които трудовите възнаграждения на медицинските специалисти да бъдат свързани и със качеството и ефективността</p>	<p>3.14.1 Проучване и анализиране опита на другите държави членки на ЕС в тази област.</p> <p>3.14.2 Приемане на концепция за реализиране на нормативни промени и</p>	<p>2014 г. и 2015 г.;</p>	<p>МЗ, МФ, НЗОК и съсловни организации</p>	<p>Държавен бюджет, НЗОК</p>

<p>на тяхната дейност.</p>	<p>синхронизиране на отделните нормативни актове с цел разработване на методики и технологии за трудовите възнаграждения на медицинските специалисти.</p> <p>3.14.3 Предприемане на законодателни промени в тази област.</p> <p>3.14.4 Изготвяне на подзаконовни нормативни актове, регламентиращи повишаване на квалификацията на медицинските специалисти с цел повишаване ефективността и качеството на медицинските дейности и обвързването им с трудовите възнаграждения.</p>	<p>2015 г.;</p> <p>2016 г.;</p> <p>2017 г.</p>		
<p>3.15 Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към специализацията на лекарите по специалности, по който има сериозен дефицит на кадри.</p>	<p>3.15.1 Установяване на реалните потребности от кадри в системата на здравеопазването и по-специално тези, по които се очертава сериозен дефицит.</p> <p>3.15.2 Приемане на концепция за подготовката на кадри по дефицитните специалности.</p> <p>3.15.3 Включване на икономически стимули в Отрасловия колективен трудов договор „Здравеопазване“.</p> <p>3.15.4 Включване на икономически стимули в Националния рамков договор за медицински дейности.</p> <p>3.15.5 Използване възможностите на оперативна програма „Развитие на</p>	<p>срокът за изпълнение е обвързан с въвеждането на единна информационна система;</p> <p>2014 г.;</p> <p>2015 г.;</p>	<p>МЗ, МФ, НЗОК, ВУ, съсловни организации и синдикати</p>	<p>Държавен бюджет, НЗОК</p> <p>ЕС</p>

	човешките ресурси“ и по-конкретно на стартиралия проект „Нови възможности за лекарите в България“.			
3.16 Включване на общините във финансирането на университетското обучение и специализацията на лекари работещи в общински болници и лечебни заведения за първична и извънболнична специализирана помощ, вкл. и по спешна медицина.	3.16.1 Изясняване необходимостта от реализиране на законодателни промени. 3.16.2 Сключване на споразумение между МЗ и Национално сдружение на общините в България за изготвяне на план за включване на общините в създаване на необходимите материални и финансови условия за осигуряване на лекари и други медицински специалисти за нуждите на общинските болници и лечебните заведения за първична и извънболнична специализирана помощ, вкл. и по спешна медицина. 3.16.3 Изготвяне на предложения за осъществяване на законодателни промени.	2014 г.; 2015 г.; 2016 г.	МЗ, общини	Държавен бюджет

Политика 4: Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности адекватни на техните здравни потребности				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
4.1 Създаване на ефективни системи за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности.	4.1.1 Създаване специализирана агенция за осигуряване, управление и контрол на качеството към МЗ.	2016г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.1.2 Промени в основните нормативни документи и възлагане като задължение за контрол и оценка на качеството.	2016г.	МЗ	Държавен бюджет

	4.1.3 Актуализиране на наличните медицински стандарти.	2018г.	МЗ, научните дружества	Държавен бюджет, ЕС
	4.1.4 Разработване и осъвременяване на правила за добра медицинска практика по всички специалности.	2016г.	БЛС, Научни дружества	Държавен бюджет, ЕС
	4.1.5 Разработване на ръководства за поведение, клинични протоколи и др. документи свързани с осигуряване на качеството, основани на научни доказателства.	2016г.	БЛС, Научни дружества	Държавен бюджет
	4.1.6 Разработване на нова наредба за акредитация на лечебните заведения.	2016г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.1.7 Приемане на нормативен документ за въвеждане на ресертификацията на лекарите със специалност и начина на нейното извършване.	2016г.	МЗ,БЛС	Държавен бюджет, ЕС
	4.1.8 Изготвяне на нормативен документ за организиране и провеждане на продължаващото медицинско обучение като задължителен елемент при ресертификацията.	2016г.	МЗ,БЛС	Държавен бюджет, ЕС
	4.1.9 Разработване и въвеждане на информационна система за регистрация на лекарски грешки.	2017г.	МЗ,БЛС,ИАМО	Държавен бюджет, ЕС
	4.1.10 Разработване на национален план за въвеждане на иновации в областта на здравеопазването.	2017г.	МЗ, РЗИ	Държавен бюджет, ЕС
4.2 Разработване на нов модел за спешна медицинска помощ. Регламентиране на обекта, структурата и функциите на системата за спешна медицинска помощ и определяне на зоните на отговорности и	4.2.1 Извършване на функционален анализ на състоянието на системата за спешна медицинска помощ и на нормативните актове, които я регламентират.	02.2014г.	МЗ	Държавен бюджет
	4.2.2 Извършване на проучване и сравнителен анализ на обхвата,	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

взаимодействие между отделните елементи в системата на здравеопазване при оказване на медицинска помощ при спешни състояния.	структурата и организацията на спешната медицинска помощ в страните от ЕС и България.			
	4.2.3 Разработване на Модел на системата за спешна медицинска помощ в България.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.2.4 Усъвършенстване на нормативната база, дефинираща ясно обхвата, структурата и функциите на системата за спешна помощ.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет
	4.2.5 Регламентиране на видовете екипи и изпълнители на спешна медицинска помощ и техния обем разрешени компетентности и дейности. Включване на нова категория персонал работещ в спешната помощ - „парамедици”.	2014г.	МЗ, експертна група	Държавен бюджет
	4.2.6 Регламентиране (на база показатели за брой население, площ на обслужвана територия, характеристика на заболяемостта и травматизма, инфраструктура и др.) на критерии и стандарти за: -осигуреност на населението с медицински екипи по видове -териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ - време за достъп до спешна медицинска помощ	2014г.	МЗ, експертна група	Държавен бюджет
	4.3 Информирание на обществото и промяна на нагласите и очакванията към системата за спешна медицинска помощ.	4.3.1 Разработване на комуникационна политика, в подкрепа на реформата в системата за спешна медицинска помощ.	2014г.	МЗ
	4.3.2 Повишаване информираността на хората за техните права и задължения при	2014г.-2015г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

	ползване на системата за спешна медицинска помощ.			
	4.3.3 Провеждане на семинари, пресконференции, обществени дебати и др. за запознаване на представители на структурите на гражданското общество и медиите с проблемите в областта на СМП и предлагания нов модел на ССМП.	2014г.-2015г	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
4.4 Осигуряване на равномерно и адекватно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ.	4.4.1 Създаване на база данни за териториалното разпределение на структурите на ЦСМП и възможното време за достъп до всяко населено място.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.4.2 Изготвяне на Национална карта за спешна медицинска помощ, съдържаща броя и разпределението на структурите и екипите за спешна медицинска помощ, съобразена с утвърдените критерии и стандарти.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.4.3 Ежегодно извършване на оценка на съществуващата структура на спешната помощ и потребностите на населението от спешна помощ на регионално и национално ниво.	постоянен	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
4.5 Подобряване на материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ.	4.5.1 Регламентиране на срокове за периодична планова подмяна на транспортните средства и апаратурата по вид и количество.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.5.2 Усъвършенстване на комуникационно-информационната система на ССМП. Интегриране на ССМП към останалите национални системи.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.5.3 Въвеждане на телемедицинските връзки в помощ на осигуряване на качество на услугата и консултации на място.			

	4.5.4 Поддържане и подобряване на сградния фонд и условията за труд на работещите в системата на спешната медицинска помощ Решаване на проблемите, свързани със собствеността на сградите.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
4.6 Развитие на човешките ресурси в системата на спешната медицинска помощ.	4.6.1 Поддържане на база данни за работещите в системата на спешната медицинска помощ по категории персонал, специалности, допълнителна квалификация и възрастови групи.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.6.2 Изграждане на национален център за продължаващо обучение на работещите в системата на спешната медицинска помощ.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.6.3 Разработване и изпълнение на програми за продължаващо обучение за всички категории персонал (лекари; медицински специалисти, парамедицински персонал).	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
4.7 Подобряване на организацията на системата за спешна медицинска помощ.	4.7.1 Изготвяне на Наръчник с протоколи за поведение за всички медицински и други дейности в ССМП и система за актуализиране на протоколите.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.7.2 Въвеждане на стандартни протоколи за „телефонен триаж” на пациента в диспечерския център.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.7.3 Регламентиране на взаимоотношенията между тел. 112 и диспечерските центрове на ЦСМП при предаването на спешните медицински повиквания.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.7.4 Изграждане на Спешен болничен комплекс.	2017г.	МЗ	

	4.7.5 осигуряване на възможности за смесени инвестиции за санитарната авиация за нуждите на спешна медицинска помощ и спасителни действия в акваторията на Република България.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
4.8 Развитие на първичната медицинска помощ и ефективна координация със СИМП.	4.8.1 Разработване и въвеждане на система за заплащане на ЛЗ за ПИМП, при която да се увеличава броя на дейностите и техните цени (вкл. Заплащане за дейности в дома, въвеждане на домашен стационар, бонификация при диспансеризиране на болни с по-вече от едно заболяване и др.).	2017г.	НЗОК, БЛС	Държавен бюджет, ЕС
	4.8.2 Промяна в наредбата за специализациите в частта ѝ за специализацията по обща медицина с оглед на нейното опростяване и въвеждане на дистанционно теоретично обучение и съботно-неделни присъствени обучителни сесии.	2017г.	МЗ,Национално сдружение на ОПЛ,БЛС	Държавен бюджет
	4.8.3 Разработване и прилагане на модела групови практики.	2018г.	МЗ,Национално сдружение на ОПЛ,БЛС	Държавен бюджет
	4.8.4 Създаване и прилагане на ръководства за поведение на ОПЛ при основните заболявания.	2017г.	МЗ,Национално сдружение на ОПЛ,БЛС	Държавен бюджет, ЕС
	4.8.5 Създаване на информационна система за резултатите от дейността на СИМП и контрол и оценка на качеството.	2018г.	НЗОК, БЛС	Държавен бюджет, ЕС
	4.9 Оптимизация на болничната помощ-създаване на баланс между потребностите от хоспитализации, организацията на системата, количеството и качеството на	4.9.1 Анализ на състоянието на системата за болнична медицинска помощ на областно, регионално и национално ниво.	2014г.	МЗ
4.9.2 Разработване на Национална здравна карта.		2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
4.9.3 Разработване на План за реструктуриране на болничната помощ в		2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

ресурсите за тяхното задоволяване.	съответствие с Националната здравна карта.			
	4.9.4 Преструктуриране на леглата в болниците с държавна собственост.	2014г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.9.5 Създаване на система за непрекъснат мониторинг върху приема на болните, качеството на извършените дейности и постигнатите ефекти.	2015г.	МЗ, НЦОЗА, НСОБ	Държавен бюджет
	4.9.6 Промяна в методологията за ценообразуване на клиничните пътеки или разработване на методология и въвеждане на нова система за заплащане на болничната дейност.	2014г.-2015г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.9.7 Създаване на пилотни проекти за реструктуриране на лечебни заведения за болнична помощ на общинско ниво-от активно лечение към долекуване и продължително лечение.	2016-2018г.	МЗ, НСОБ	Държавен бюджет, ЕС
	4.9.8 Актуализация на Наредбата за акредитация на лечебните заведения с въвеждане на задължителна акредитация на ЛЗ за болнична помощ.	2015г.	МЗ, НЦОЗА, НСОБ	Държавен бюджет
	4.9.9 Завършване на болничната информационна система.	2015г.	МЗ, НСОБ	Държавен бюджет, ЕС
	4.9.10 Въвеждане на рейтингова система на болничните отделения по специалности и на болниците на територията на цялата страна.	2017г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.9.11 Приватизация на определени болнични дейности, особено на територии с недостатъчно добра кадрова и техническа осигуреност.	2017г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.10 Мерки за развитие на високотехнологични болнични центрове.	4.10.1 Проучване и анализ на разпространението, развитието и териториалното разпределение на	2014г.	МЗ

	високотехнологичните медицински дейности и лечебните заведения, които ги осъществяват.			
	4.10.2 Изготвяне на карта на високотехнологичните диагностични и терапевтични дейности като част от Националната здравна карта.	2014г.	МЗ	Национално
	4.10.3 Разработване на План за развитие на високотехнологични болнични центрове за осигуряване на потребностите на населението на база на НЗК, в т.ч. за разпространение телемедицинските услуги при диагностика, лечение и оперативни интервенции.	2014г.-2015г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.10.4 Разработване на програма за инвестиции в 6 високотехнологични центрове.	2017-2020г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
4.11 Мерки за подкрепа за болници в отдалечени и рискови райони.	4.11.1 Приемане на методика с критерии за определяне на отдалечени и рискови райони и утвърждаване на списък/карта на отдалечените и рискови райони.	2014г.	МЗ, НСОБ	Държавен бюджет
	4.11.2 Анализ на състоянието на медицинското обслужване и достъпа на населението в отдалечените и рискови райони до болнична помощ.	2014г.	МЗ, НСОБ	Държавен бюджет
	4.11.3 Изработване на цялостни планове за медицинско обслужване на тези райони – ОПЛ, СМП, СИМП, БП –и цялостна визия за тези райони относно достъпа.	2015-2016г.	МЗ, НСОБ	Държавен бюджет
	4.11.4 Създаване/усъвършенстване на механизъм за субсидиране на лечебните заведения за болнична помощ в труднодостъпните райони.	2015г.	МЗ, НЦОЗА, НСОБ	Държавен бюджет, ЕС
	4.11.5 Въвеждане на телемедицински услуги в ЛЗБП в отдалечените региони,	2016-2018г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

	свързани с високотехнологичните центрове за осигуряване качеството на услугата.			
4.12 Ограничаване на възможностите за неформални плащания в здравеопазването и антикорупционни политики.	4.12.1 Повишаване на информираността на пациенти, лекари и политици, за негативните ефекти на неформалните плащания.	2016г.	МЗ, национални пациентски организации	Държавен бюджет, ЕС
	4.12.2 Внедряване на иновативната програма на СЗО „Добро управление на медикаментите” (GGM) за ограничаване на корупционните процеси.	2016г.	МЗ, БФС	Държавен бюджет, ЕС
	4.12.3 Усъвършенстване на информационната система на МЗ и НЗОК по отношение на разпространяването на знания и информация за здравноосигурителните права, правата на пациентите и регламентите за използване на здравни и медицински услуги.	2016г.	МЗ, НЗОК	Държавен бюджет, ЕС
	4.12.4 Създаване на единен механизъм/система за наблюдение, събиране и анализ на данни от национални и регионални изследвания, сигнали от институции, публикации в медиите относно корупционни практики в здравеопазването; изнасяне на данните пред обществеността.	2017г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	4.12.5 Провеждане на проучвания за неформални плащания и оценка за корупция.	2015-2019г.	МЗ, национални пациентски организации	Държавен бюджет

Политика 5: Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране

5.1 Интегриран интердисциплинарен подход за промоция на здравето на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на Министерството на здравеопазването.	5.1.1 Осигуряване на политическа, икономическа и техническа подкрепа на мерките и дейностите на национално и регионално ниво по отношение на промоция на здравето и профилактика на болестите.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
	5.1.2 Координиране мероприятията по профилактика на болестите с другите институции и организации в страната, които развиват политика и дейности с отношение към здравето на населението.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
	5.1.3 Развиване на хоризонталната интеграция между такива области като здравеопазване, образование, екология, икономика, селско стопанство, транспорт, градско планиране, социално обслужване и спорт.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
	5.1.4 Създаване на възможности за адекватна вертикалната интеграция предполагаща непрекъснат поток на информация между партньорите в рамките на национално или на локално ниво.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
	5.1.5 Активиране на междусекторните дейности по профилактика на хроничните незаразни болести (ХНБ) на национално и регионално ниво, с оценка на въздействието върху здравето на населението и системата на здравеопазване.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
5.2 Прилагане на модули за интервенция за намаляване факторите на риска при всички възрастни и професионални групи., с използване на различни	5.2.1 Повишаване на нивото на информираност, обучение и включване на населението в дейности за превенция на риска от ХНБ.	2014-2020	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет
	5.2.2 Разработване и разпространение на образователни и информационни	2014-2020	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет

стратегии при създаване на система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип.	материали сред населението от различните целеви групи, за повишаване на познанията и формиране на активна позиция и устойчива мотивация за здравословен начин на живот.			
	5.2.3 Разработване и внедряване на училищни политики и програми за ограничаване на рисковите фактори (РФ) и промоция на здравето сред учениците и училищния персонал.	2014-2015	МОН, МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	5.2.4 Организиране на обучителни курсове за педагози и за студенти по педагогика и психология по превенция и ограничаване на поведенческите РФ в детска и училищна възраст, включително обучение за прилагане на подхода „Връстници обучават връстници”.	2014-2020	МОН, СУ и др. Университети НЦОЗА, МЗ	Държавен бюджет
	5.2.5 Подобряване качеството на здравно образование и възпитание в детските градини и училищата.	2020	МОН, МЗ	Държавен бюджет
5.3 Развитие на координирани, съвместни дейности за здраве между обществените сектори, формиране на междусекторни съвети, работни групи и др.	5.3.1 Координирани действия на държавния и частния сектори, на институции и организации при създаване на условия и възможности за достъп на населението за масов спорт, среда свободна от тютюнев дим, ограничена алкохолна консумация, здравословно хранене.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
	5.3.2 Участие в междуведомствени работни групи, включително за хармонизиране на националното законодателство с достиженията на Европейското право в областта на: - тютюневите изделия и тютюнопушенето,	текущ	МЗ	Държавен бюджет

	<p>- рекламата, маркетинговите комуникации и спонсорството от страна на алкохолната индустрия;</p> <p>-увеличаване размера на акцизните ставки на тютюневите изделия и алкохолните напитки;</p> <p>- изискванията за здравословно хранене на различни възрастови групи от населението;</p> <p>- достъпа и предоставянето на условия за физическа активност, спорт и туризъм на населението.</p>			
5.4 Изграждане на диалог и партньорство с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации и сдружения, медии и др.	5.4.1 Включване на обществени структури и общности от държавния и частния сектори, институции и организации в провеждането на кампании, включително утвърдени добри практики в ЕС, за превенция и ограничаване на рисковите фактори за ХНБ.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
	5.4.2 Създаване на коалиции за профилактика на ХНБ с представители на структурите и службите, които имат отношение към профилактиката на ХНБ: РЗИ, , МБАЛ, областни съвети, неправителствени организации и др.	текущ		Държавен бюджет
	5.4.3 Сътрудничество с национални и местни медии за привличане интереса на обществото към водещите РФ и популяризиране на здравните ползи следствие на тяхното ограничаване във всички възрастови групи, чрез различни сетинги, в т.ч. обучение на журналисти, организиране на семинари,	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет

	пресконференции, предоставяне на материали, свързани с превенцията на риска от ХНБ.			
	5.4.4 Провеждане на ежегодни конкурси за разработване и реализация на здравно-образователни проекти от НПО, училища, младежки клубове, РЗИ, лечебни и здравни заведения и др.	ежегодно	МЗ	Държавен бюджет
5.5. Надграждане на утвърдената национална политика и укрепване на институционалния капацитет по промоция на здраве и профилактика на болестите; насочване на първичната здравна помощ по посока превенция чрез редукция на основните рискови фактори.	5.5.1 Изграждане на управленски, административен и изпълнителски капацитет за превенция на ХНБ в здравния и социалния сектор и координация на националния отговор по проблемите на рисковите фактори.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
	5.5.2 Укрепване капацитета на съществуващите структури по промоция на здраве и профилактика на болестите и насочване на първичната здравна помощ по посока превенция на основните рискови фактори.	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ, ОПЛ	Държавен бюджет
5.6 Преориентиране на структурите на Националната система за здравеопазване (РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, болници и др.) към профилактични дейности и промоция на здраве, и за успешни резултати от тях.	5.6.1 Въвеждане в учебната програма на студентите по медицина, дентална медицина и фармация на свободноизбираем модул за консултиране, превенция и контрол на РФ и промоция на здравето.	2015 г.	НЦОЗА, МУ	Държавен бюджет
	5.6.2 Разработване и отпечатване на ръководства, създаване на учебни видеофилми и други материали за методическо подпомагане на медицинските специалисти за работа в областта на	2014-2016 г.	НЦОЗА	Държавен бюджет

	превенцията и контрола на РФ и промоцията на здравословен начин на живот.			
	5.6.3 Разработване и внедряване на образователни програми по линия на СДО за общопрактикуващи лекари, медицински сестри и акушерки, лекари от служби по трудова медицина и работещи в болнични и извънболнични лечебни заведения, в здравни кабинети на училища и детски градини за изграждане на капацитет и умения за консултиране с цел превенция на РФ, запознаване с иновативните подходи и практики в областта на промоцията на здравето.	текущ	НЦОЗА, МУ	Държавен бюджет
5.7 Ефективно управление и координация на дейностите на национално и регионално ниво; изграждане на институционален капацитет за прилагане на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести; интервенции към намаляване на стреса в различни възрастови групи и различни среди (трудова, семейна, обществена).	5.7.1 Създаване и функциониране на Програмен съвет за управление и координиране на дейностите по Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (НППХНБ) 2014-2020 г.	2014 г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	5.7.2 Определяне на координатори на Програмата на централно и областно ниво (национални и областни координатори) и координатори по рискови фактори на национално ниво; създаване на областни програмни съвети и областни работни групи.	2014 г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	5.7.3 Създаване и поддържане на интернет страница на Програмата, обединяваща отделни платформи по всеки рисков фактор; създаване и поддържане на телефон на Национална линия за превенция на хронични незаразни болести.	текущ	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет

5.8 Използване на съществуващото научно познание и опит в областта на профилактиката, създаване на успешни модели за профилактика - развитие на нови изследвания в тази насока.	5.8.1 Провеждане на проучвания с цел оценка: - храненето и хранителния статус на населението в България чрез представителна извадка от всички възрастови групи ; - приема на натрий чрез определяне екскрецията на натрий в урина на представителна извадка от население на възраст 15-75 години; - хранителния статус на децата на базата на ежегодно измерване на ръста и теглото на децата в детските градини и училищата; - индивидуалното и организирано хранене и хранителния статус на лица над 65-год.	2014-текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет
	5.8.2 Разработване на образователни програми за здравословно хранене за ученици и прилагането им в рамките на извънкласни и извънучилищни дейности.	2014-текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет
	5.8.3 Провеждане на здравно-образователни мероприятия насочени към повишаване информираността по въпросите на рисковете за здравето при хранителни дефицити, ползите от здравословно хранене, диетично хранене при различни популационни целеви групи (жени в детородна възраст, бременни и кърмещи жени, родители, лица с ХНБ и др.).	2014-текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет

	5.8.4 Разработване на информационни материали относно здравословното хранене на населението предназначени за рискови популационни групи (бременни жени, кърмачета и деца до 3-год. възраст, лица над 65-год. възраст и др.).	2014-текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет
	5.8.5 Включване на храненето като приоритет в дейността на здравния сектор - разкриване на консултативни кабинети за здравословно хранене във всяка РЗИ, провеждане на консултации по здравословно и диетично хранене.	2014-текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет
5.9 Повишаване предлагането на храни, допринасящи за здравословен модел на хранене, както и осигуряването на широк достъп до тях от цялото население.	5.9.1 Промоция реформулирането на храните с цел намаляване съдържанието на сол, мазнини, наситени мастни киселини, транс-мастни киселини, добавена захар и повишаване наличността им на пазара, както и адекватно етикетирание на храните относно хранителна информация, здравни претенции и др.	2014-текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет
	5.9.2 Участие на България в Европейската мрежа за намаляване на консумацията на сол.			
	5.9.3 Повишаване информираността за здравословните храни и хранене на производителите на храни, търговците на хранителни продукти и професионалистите, заети в общественото хранене, чрез провеждане на срещи дискусии, обучителни семинари и др. форуми.	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет

5.10 Изграждане на модел за повишаване на физическата активност на населението за постигане на по-добро здраве, дееспособност и дълголетие; създаване на условия и възможности за достъп на населението за практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм.	5.10.1 Участие съвместно с държавния и частния сектори и други институции и организации при създаване на условия и възможности за достъп на населението за масов спорт – разкриване на площадки, зали, пътеки, зони и др. за практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм.	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет	
	5.10.2 Привличане на производителите и търговците на спортни артикули в дейности за повишаване физическата активност на населението, чрез предлагане на спортни екипи и уреди на достъпни цени (провеждане на срещи, семинари, кръгли маси и др.).				
	5.10.3 Организиране и провеждане на срещи с представители от различни институции и организации, с цел осигуряване на облекчени условия, включително финансови, за широк достъп на населението до държавни и общински спортни съоръжения и насърчаване на локални инициативи за разширяване на мрежата от такива съоръжения на местно ниво (общински, ведомствени, на трудови, спортни, младежки и други организации).	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ		
	5.10.4 Разработване и предоставяне на индивидуални програми за физическа активност при лица със сърдечносъдови заболявания, наднормено тегло, диабет, ХОББ, проблеми с опорно-двигателния апарат и др. Осигуряване на консултации и подкрепа.	текущ	МЗ, НЦОЗА РЗИ	Държавен бюджет	
	5.10.5 Подпомагане развитието на структура от местни (общински)	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет	

	многоспортови клубове, чийто основен предмет на дейност е практикуване на физически упражнения и спорт в свободното време за лица със сходни интереси от различни възрастови групи.			
5.11 Комплексна оценка на риска както от физични, химични и биологични фактори на работната среда, така и от ергономични и психосоциални фактори.	5.11.1 Проучване на ефекта на основни психосоциални фактори и стреса при работа за влошаване здравето състояние на работещи при различни условия и организация на труда. Изготвяне на препоръки за оценка на риска от психосоциалните фактори на работната среда, вкл. методи, и превенция на ХНБ с психосоматична етиология чрез подобряване на условията и организацията на труда.	2014-2020	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	5.11.2 Ергономични фактори и риск за здравето при работа – съвременни тенденции, приоритети, методи за оценка, превенция.	2014-2018	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	5.11.3 Провеждане на проучване относно включването на ергономичните фактори на работната среда в оценка на риска в предприятия с различна големина и сектор на активност и предприеманите мерки за ограничаване на мускулно-скелетните увреждания (МСУ). Изготвяне на програма за превенция на МСУ чрез елиминиране или ограничаване действието на ергономични и психосоциални рискови фактори.	2016-2020	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	5.11.4 Повишаване на информираността на специалистите по здраве при работа относно риска от ХНБ, свързан с организацията на труда, ергономичните и	2014-2020	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет

	психосоциалните фактори на работната среда, оценката и контрола им - провеждане на тематични курсове, семинари, работни срещи и издаване на информационни материали и др.			
	5.11.5 Идентифициране на основни рискови фактори за влошаване здравето на работещите в сектор “Здравеопазване”, като бърнаут синдром, психосоматична симптоматика, мускулноскелетни увреждания и др.	2014-2017	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
5.12 Удължаване на продуктивния живот в добро здраве на населението.	5.12.1 Проучване на здравето състояние и оценка на работоспособността на застаряващи работещи и изготвяне на препоръки за укрепване на здравето и работоспособността чрез промени в условията и организацията на труда и промоция на здравето на работното място.	2014-2020	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
5.13 Подобряване на институционалния капацитет за укрепване на системата за надзор на заразните болести и поддържане на готовност за бързо откриване, идентифициране и ликвидиране на случаи на остри заразни болести, в т.ч. ваксинопредотвратими, нови или променили ареала и характеристиката си поради климатичните промени.	5.13.1 Укрепване на националната система за надзор на заразните болести. Опазване на страната от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск.	2014-2020	МЗ, РЗИ	Държавен бюджет
	5.13.2 Участие на страната в съществуващите в ЕС системи за ранно предупреждение и отговор и включване на нови нозологични единици в специализираните електронни информационни системи за регистриране и надзор на заразните болести.	2020 г.	МЗ, НЦЗПБ	Държавен бюджет
	5.13.3 Повишаване готовността на страната за посрещане на грипна пандемия, както и взривове и епидемии от други заразни болести.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет

	5.13.4 Изпълнение на съществуващи и разработване на нови национални програми по приоритетни заразни болести.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет
5.14 Профилактика на ваксинапредотвратими заболявания.	5.14.1 Ежегодно осигуряване на необходимите количества и видове биопродукти за обезпечаване на Националния имунизационен календар за обхващане на 100% от подлежащото на имунизации население.	2014-2020	НЗОК, МЗ	Държавен бюджет
	5.14.2 Изпълнение на съществуващи и разработване на нови национални програми за повишаване имунизационния обхват със задължителни и препоръчителни имунизации.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет
5.15 Поддържане на висок имунизационен обхват и организиране на бърз отговор при възникване на епидемични ситуации с възможност за приоритетни действия сред уязвимите групи от обществото.	5.15.1 Изпълнение на Националния имунизационен календар на страната. Постигане и поддържане на 95% обхват сред подлежащите с основните имунизации и реимунизации.	Текущо	МЗ и РЗИ	Не е необходимо финансиране
	5.15.2 Контрол по спазване на имунизационните схеми, отлагането от имунизации и своевременното обхващане на подлежащите лица.	Текущо	МЗ и РЗИ	Не е необходимо финансиране
	5.15.3 Организиране и провеждане на профилактични имунизации сред уязвими групи от обществото.	Текущо	МЗ и РЗИ	Държавен бюджет
5.16 Създаване и поддържане на механизми за своевременна и адекватна	5.16.1 Дейности, свързани с доказване на биологичния агент /вземане и транспортиране на проби до съответната	Текущо през 2014-2020 г.	МЗ, НЦЗПБ, РЗИ	Държавен бюджет

реакция при здравни заплахи от биологично естество, в т.ч. биотероризъм.	микробиологична лаборатория, предварителна и окончателна идентификация на биологичния агент/ , провеждане на противоепидемични мероприятия, анализиране на данните, оценка и прогноза на развитието на епидемичния процес.			
5.17 Развитие на системата за радиационна защита и намаляване на риска при използването на йонизиращи лъчения в медицината, промишлеността, науката и др.	5.17.1 Укрепване на системата за точност и проследимост на дозите на пациенти, подложени на облъчване от йонизиращи лъчения чрез оборудване с необходимата апаратура.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет, ЕС
	5.17.2 Оценка на дозите от външно облъчване на лица подложени на професионално облъчване от йонизиращи лъчения в медицината, промишлеността, науката и др.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет, ЕС
	5.17.3 Осигуряване на контрол на облъчването на лица работещи с открити радиоактивни източници и население от критични райони в страната.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет, ЕС
	5.17.4 Национални проучвания на дозите на пациентите в диагностичната и интервенционната рентгенология и на прилаганите активности в нуклеарната медицина. Актуализиране на съществуващите и изработване на нови национални диагностични референтни нива. Оптимизиране на радиационната защита на пациентите чрез ефективна обратна връзка с лечебните заведения. Изграждане на национален регистър на дозите на пациентите към НЦРРЗ и свързване с него на PACS системите на лечебните заведения, вкл. осигуряване на	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет

	измервателна апаратура и национален сървър и софтуер.			
	5.17.5 Провеждане на национално епидемиологично проучване за оценка на риска от радон в жилища.	2014-2020	НЦРРЗ	държавен бюджет
	5.17.6 Мониторинг на професионално облъчени лица от ядрената енергетика и на рискови групи от населението чрез молекулни маркери за оценка на риска от радиационно-индуцирани заболявания.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет, ЕС
	5.17.7 Разработване и провеждане на мониторинг на жизнената среда, около ТЕЦ и предприятия за производство на фосфатни торове.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет
	5.17.8 Информирание на различните групи от населението и специалистите за ползата и рисковете при прилагане на йонизиращи лъчения за медицински цели, чрез разработване на информационни печатни и видео материали, целенасочена работа с ученици, студенти и други групи за запознаване с методите за диагностика и лечение и за радиационните и другите рискове при прилагането на методите.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет
	5.17.9 Внедряване на софтуерни продукти за обработка, систематизиране и съхранение на данни от радиометрични и радиохимични анализи.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет
	5.17.10 Осъвременяване на националния дозов регистър на професионално облъчените лица и подготовка за интегрирането му в други електронни бази данни.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет

5.18 Извършване на ефективен държавен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките със значение за здравето на човека, дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда.	5.18.1 Усъвършенстване на системите за мониторинг на факторите на жизнената среда, включително и извършване на лабораторни анализи на опасни продукти и стоки със значение за здравето на човека.	2014-2016	МЗ	Държавен бюджет
	5.18.2 Закупуване на допълнително лабораторно оборудване на лабораториите в РЗИ и НЦПРЗ с оглед изпълнение на мониторинга на качеството на питейните води и водите за къпане.	2017-2020	МЗ	Държавен бюджет
	5.18.3 Подобряване контрола на предлаганите на пазара, продукти и стоки със значение за здравето на човека.	2020 текущо	МЗ и РЗИ	Държавен бюджет
	5.18.4 Повишаване квалификацията на държавните здравни инспектори, извършващи контрол на продукти и стоки със значение за здравето на човека чрез провеждане на курсове, семинари и др.	2020 г. текущо	МЗ и РЗИ	
	5.18.5 Планиране и извършване на насочени проверки на пазара на определени категории продукти и стоки със значение за здравето на човека, основани на оценка на здравния риск.	2020 текущо	МЗ и РЗИ	
	5.18.6 Повишаване на информираността на населението чрез подобряване на формите и начините за предоставяне на информация; Публикуване на интернет – страниците на МЗ и РЗИ на актуална информация за състоянието на факторите на жизнената среда, които органите на държавния здравен контрол мониторира.	2020 текущо	МЗ и РЗИ	Държавен бюджет

	<p>5.18.7 Предпазване от употребата на опасни води за пиене и къпане. Незабавно информиране на компетентните органи и населението при установяване на отклонения в качеството на питейните води и водите за къпане, които представляват риск за здравето на населението; Извършване на допълнителен мониторинг и проучване на причините за всяко установено отклонение в качеството на питейните води и водите за къпане.</p>	2020 текущо	МЗ и РЗИ	Държавен бюджет
	<p>5.18.8 Предпазване на населението от въздействието на йонизиращи и нейонизиращи лъчения и опасни отпадъци от лечебните заведения. Провеждане на систематичен и насочен здравен контрол за спазване на нормативните изисквания.</p>	2020 текущо	МЗ, НЦРРЗ и РЗИ	Държавен бюджет
	<p>5.18.9 Издаване на разрешения, удостоверения за регистрация, заключения, становища и сертификати; Поддържане на оперативни процедури за предоставяните административни услуги; Проучване удовлетвореността на ползвателите на административни услуги и анализ на резултатите от проучването.</p>	2020 текущо	МЗ	Държавен бюджет
	<p>5.18.10 Участие при разглеждането на документи по процедурите посочени в Закона за устройство на територията и Закона за опазване на околната среда и др., свързани с оценката на здравния риск за населението на конкретни инвестиционни предложения: ограничаване на реализирането на инвестиционни</p>	2020 текущо	МЗ	Държавен бюджет

	предложения, в които не са предвидени достатъчно мерки за намаляване на вредното въздействие върху факторите на околната и жизнената среда и опазване здравето на населението.			
	<p>5.18.11 Подобряване ефективността на държавния здравен контрол върху обектите с обществено предназначение:</p> <p>- Планиране и извършване на систематичен и насочен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение основано на оценка на риска.</p> <p>- Повишаване на квалификацията на държавните здравни инспектори чрез провеждане на курсове, семинари и др. форми на обучение и засилване на мотивацията им. Кадрово обезпечаване на РЗИ.</p>	2020 текущ	МЗ и РЗИ	Държавен бюджет
	5.18.12 Въвеждане изискванията на Директива 2013/51/Евратом/ЕС за контрол на радиоактивни вещества във водата, предназначена за консумация от човека, вкл. осигуряване на необходимата апаратура за извършване на контрола.	2014-2015	НЦРРЗ	Държавен бюджет
	5.18.13 Укрепване и оптимизиране на системата за държавен здравен радиационен контрол върху източниците на йонизиращо лъчение в медицината, промишлеността и науката, чрез изграждане на единен регистър на обектите с ИЙЛ и автоматизирана система за връзка на шестте инспекции Радиационен	2014-2020	НЦРРЗ и петте РЗИ с отдели за Радиационен контрол	Държавен бюджет

	контрол; дооборудване на инспекциите за провеждане на ефективен здравен контрол на радиационните характеристики на работната и жизнената среда и на източниците на медицинско облъчване.			
	5.18.14 Провеждане на специализиран медицински контрол на лица работещи в среда на йонизиращи лъчения на рискови групи работници от АЕЦ “Козлодуй”, вкл. медицински прегледи, изследвания и издаване на експертни заключения относно годността за работа, както и посещения на обекти, в които се работи с източници на йонизиращи лъчения.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет
	5.18.15 Систематичен тематичен контрол в обекти, използващи източници на йонизиращи лъчения за спазване изискванията за осигуряване на радиационна защита в: АЕЦ Козлодуй ЕАД, СП РАО-Козлодуй, СП РАО-Нови хан, ЯНЕБ – ИЯИЯЕ към БАН, ЕЛРОЙС – Звезда Елешница, ПХП „Металург” и хвостохранилище Бухово. Контрол в обекти с естествени източници на йонизиращи лъчения.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет
	5.18.16 Систематичен постоянен контрол на радиационните фактори на жизнената среда в района на обекти от бившата уранодобивна и уранопреработвателна промишленост в България и фактори на работната среда в обекти с източници на ЙЛ. Контрол на концентрацията на радон във въздух в обекти - пещери, минерални бани и извори, тунели, рудници и др. подземни обекти.	2014-2020г	НЦРРЗ	Държавен бюджет

	5.18.17.Разработване на оптимизирани методи за мониторинг и контрол на жизнената среда.	2015-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет
	5.18.18 Провеждане на Държавен здравен контрол на жизнената среда в обекти подлежащи на контрол (АЕЦ „Козлодуй”, ПХРАО,„Нови хан”, РАО „Радиана”), както и на води, храни и др.	2014-2020	НЦРРЗ	Държавен бюджет
5.19 Координиране и синхронизиране на секторните политики за ограничаване и предотвратяване на риска от неблагоприятното въздействие на факторите на околната среда върху здравето.	5.19.1 Изготвяне и приемане на Национална програма за действие по околна среда и здраве 2014-2020 г.	2014 г.	МЗ, МОСВ	Държавен бюджет
	5.19.2 Проверка на качеството на провежданите анализи в различните звена на МЗ, чрез провеждане на междулабораторни сравнения. Унифициране на методи за пробовземане, мониторинг и бързи анализи в случай на радиационна авария.	2014-2020	НЦРРЗ, РЗИ	Държавен бюджет

Политика 6: Осигуряване на ефективна грижа на уязвими групи от населението				
Политика 6.1: Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18г.				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
6.1.1 Развитие и утвърждаване на интегративния модел на управление на процеса на деинституционализация на национално и регионално ниво.	6.1.1.1 Участие на МЗ на високо ниво в Националния съвет за закрила на детето, като гаранция за изпълнение на поетите ангажменти по деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи за деца.	постоянен	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	6.1.1.2Участие на експерти от МЗ в Управляващия комитет за наблюдение за	постоянен	МЗ	Държавен бюджет,

	изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в РБългария“.			ЕС
	6.1.1.3 Участие на МЗ, чрез регионалните здравни инспекции в екипи по деинституционализация на регионално ниво.	постоянен	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	6.1.1.4 Развитие на държавната регулация на интегрираните услуги на централно ниво: обща национална правна рамка и правила за контрол на ефективното ѝ прилагане.	2015 г. постоянен	МЗ, МТСП, АСП, ДАЗД, МП, МФ	Държавен бюджет
	6.1.1.5 Създаване и функциониране на координационни механизми за управление на регионално ниво.	2014 г. Постоянен	МЗ, МТСП, АСП, ДАЗД, МП, Областна администрация	Държавен бюджет
	6.1.1.6 Мониторинг и контрол на национално и регионално ниво.	Постоянен	МЗ, МТСП, ДАЗД, АСП	Държавен бюджет
6.1.2 Развитие на капацитета на институциите по въпросите на деинституционализацията.	6.1.2.1 Включване на експерти във форуми, представящи добри практики и обучения по въпросите на деинституционализацията на деца.	постоянен	МЗ, НПО	Държавен бюджет
	6.1.2.2 Разширяване броя на ДМСГД, включени в процеси на деинституционализация.	2014 – 2020 г.	МЗ, НПО, АСП	Държавен бюджет, ЕС
	6.1.2.3 Включване на темата за деинституционализация на деца от домовете и особеностите при последващи грижи за тези деца в общността в обучителните модули по следдипломна квалификация и професионални форуми (конференции, семинари) на ОПЛ, педиатри и психиатри.	постоянен	МЗ, НЦОЗА, БЛС	Държавен бюджет, ЕС

	6.1.2.4 Създаване и поддържане на механизъм за постоянна комуникация между участниците и професионална подкрепа – страница в сайта на МЗ за обмяна на информация, координиране на дейностите, консултиране, обратна връзка.	2014-2020 г.	МЗ	Държавен бюджет
	6.1.2.5 Включване на темата за деинституционализация на деца от домовете и особеностите при последващи грижи за тези деца в общността в учебителните модули по следдипломна квалификация и професионални форуми (конференции, семинари) на ОПЛ, педиатри и психиатри.	2014-2020 г.	МЗ, НЦОЗА, БЛС	Държавен бюджет
6.1.3 Закриване на ДМСГД и развитие на интегрирани здравно-социални услуги: услуги за подкрепа и превенция; услуги за спешна закрила; заместваща семейна грижа; специализирана резидентна грижа.	6.1.3.1 Разработване на проектни предложения по програми и проекти по европейски фондове за реструктуриране на ДМСГД в интегрирани здравно-социални услуги.	2014 г.	МЗ, АСП, ДАЗД, МТСП, НПО	Държавен бюджет, ЕС
	6.1.3.2 Реализиране на проектните предложения. Закриване на ДМСГД на два етапа по 10 ДМСГД на етап за период от 3 г.	2015-2017 г. 2018-2020 г.	МЗ, АСП, ДАЗД, МТСП, НПО	Държавен бюджет, ЕС
6.1.4 Обучение на персонала на ДМСГД за повишаване компетентностите и уменията му при предоставяне на грижа за деца с увреждания и работа в иновативните здравно-социални услуги, чрез въвеждащи и надграждащи обучения и супервизия.	6.1.4.1 Обучение и подкрепа за персонала на ДМСГД. На два етапа по 10 ДМСГД. - въвеждащо обучение - надграждащо обучение - супервизия	2015 г. 2018 г.	МЗ, АСП, ДАЗД, МТСП, НПО	Държавен бюджет, ЕС
	6.1.4.2 Обучение и подкрепа за персонала на новите здравно-социални услуги. На два етапа по съгласно проектните	2016 г. 2019 г.	МЗ, АСП, ДАЗД, МТСП, НПО	Държавен бюджет, ЕС

	<p>предложения.</p> <p>- въвеждащо обучение</p> <p>- надграждащо обучение</p> <p>- супервизия</p>			
6.1.5 Децентрализиране на новите здравно-социални услуги към общините и финансиране като държавно делегирана дейност.	6.1.5.1 Създаване на механизми за децентрализирано прилагане на общата рамка на регионално и общинско ниво (дефиниране на конкретните задължения на всяка от страните, правила за планиране, вземане на решения, комуникация и координация, обмен и съхраняване на данни, мониторинг, оценка на резултатите, отчетност и пр.).	Постоянен	МЗ, МТСП, ДАЗД, АСП, общини	Държавен бюджет
	6.1.5.2 Мониторинг и контрол на национално и регионално ниво.	Постоянен	МЗ, МТСП, ДАЗД, АСП, общини	Държавен бюджет
6.1.6 Разработване на финансов механизъм, гарантиращ насочване на средствата за издръжка от съществуващите в момента специализирани институции към новите здравно-социални услуги.	6.1.6.1 Създаване на система за междусекторно финансиране на интегрираните услуги.	2014 г.	МЗ, МТСП, ДАЗД, АСП, МФ, общини	Държавен бюджет
	6.1.6.2 Осигуряване на финансиране на новите услуги като държавно делегирана дейност.	Постоянен	МЗ, МТСП, ДАЗД, АСП, МФ, общини	Държавен бюджет
6.1.7 Изграждане на центрове за ранна диагностика и комплексно лечение и рехабилитация на деца с увреждания.	6.1.7.1 Създаване и обозначаване на Експертни центрове по редки болести, които ще се занимават с профилактика, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация на хора с редки болести, често водещи до тежка инвалидизация.		МЗ, Национален консултативен съвет по редки болести	Държавен бюджет - Национална програма за редки болести
	6.1.7.2 Осигуряване на ранна диагностика и рехабилитация на деца с неврологични	2014 – 2016 г.	МЗ	ЕС

	заболявания, чрез разкриване на специализирани центрове.			
	6.1.7.3 Подобряване на психиатричната помощ за деца, чрез въвеждане на инструменти за ранна диагностика на генерализираните разстройства на развитието и обособяване на центрове за лечението им.	2014 – 2020 г.	МЗ, Детска психиатрична клиника „Александровска“, НЦОЗА	Държавен бюджет
	6.1.7.4 Осигуряване на условия за ранна рехабилитация на децата с неврологични заболявания (ДЦП, вродени парези и парализи, координационни разстройства) в по-голям брой лечебни заведения, включително чрез договаряне на съответните клинични пътеки.	2014 – 2020 г.	МЗ, НЗОК, ЛЗБП	Държавен бюджет,
	6.1.7.5 Разширяване пакета от дейности по диспансерно наблюдение на недоносените деца.	2014 – 2020 г.	МЗ, НЗОК	Държавен бюджет, НЗОК
6.1.8 Създаване на условия в лечебните заведения за болнична помощ с родилни отделения за утвърждаване на нов подход и култура по отношение на грижата за майките и децата.	6.1.8.1 Въвеждане на разпоредби за осигуряване на длъжностите „психолог“ и/или „социален работник“ в лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП), с цел оказване подкрепа на майките в ранния следродилен период и превенция на изоставянето на дете.	2014 – 2020 г.	МЗ, ЛЗБП	Държавен бюджет
	6.1.8.2 Осигуряване условия във всички лечебни заведения с родилни отделения за неразделяне на майката и детето след раждането.	2014 – 2020 г.	МЗ, ЛЗБП	Държавен бюджет
	6.1.8.3 Създаване на регламенти по отношение придружаването на дете от родител/близък по време на престоя му за лечение в лечебно заведение за болнична помощ.	2014 – 2020 г.	МЗ, ЛЗБП	Държавен бюджет
6.1.9 Създаване на	6.1.9.1 Подобряване на взаимодействието	2014 -2020 г.	АСП, МЗ	Държавен бюджет

мултидисциплинарни екипи по превенция на изоставянето на деца в лечебните заведения за болнична помощ.	между екипите на родилните отделения и експертите от Отделите по закрила на детето към Д СП, с цел подобряване на работата по превенция на изоставянето на дете.			
	6.1.9.2 Създаване на регламент за формиране на мултидисциплинарни екипи в ЛЗБП, в които да бъдат включени медицински специалисти, психолози и социални работници.		АСП, МЗ, ЛЗБП	Държавен бюджет
6.1.10 Повишаване на чувствителността на обществото по проблемите на изоставените деца.	6.1.10.1 Организиране на информационни кампании в рамките на проектите за деинституционализация, за информиране на обществото по проблемите на изоставените деца.	2014 – 2020 г.	НПО, НЦОЗА, изпълнители на проекти	Държавен бюджет, ЕС
	6.1.10.2 Издаване на брошури, дигитални, видеоклипове и др.	2014 – 2020 г.	НПО, НЦОЗА, изпълнители на проекти	Държавен бюджет, ЕС
Политика 6.2: Модерно психиатрично обслужване на хора с хронични психични разстройства. Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18г.				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
6.2.1 Обединение на политиката и партньорството между системите на здравеопазването, правосъдието, образованието и социалната система, както и организациите на гражданското общество.	6.2.1.1 Създаване на национален междуведомствен съвет по психично здраве.	02/2014	МЗ	Държавен бюджет
	6.2.1.2 Активизиране на Областните съвети по психично здраве	05/2014	МЗ/РЗИ/Общини	Държавен бюджет
	6.2.2.1 Провеждане на национално представително епидемиологично проучване	02/2016	НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
6.2.2 Тематични проучвания на епидемиологията, причините, факторите и	<ul style="list-style-type: none"> • Превод и апробация на въпросника • Създаване на представителна извадка 			

последниците при психичното здраве, както и върху възможностите за интервенция и добрите практики в или извън здравния и социален сектор.	<ul style="list-style-type: none"> • Пилотно изследване • Работа на терен • Дигитализация на събраната информация • Анализ и публикации 			
	6.2.2.2 Социологично проучване на нагласите на специалистите и ключовите участници в процеса на предоставяне на психично здравно обслужване.	2016	НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	6.2.2.3 Картиране на съществуващите служби за психично здравно обслужване	2015	НЦОЗА	Държавен бюджет
6.2.3 Промоция на психичното здраве и благоденствие на гражданите във всички обществено-икономически групи и във всички възрастови групи, етнически и сексуални принадлежности чрез намеси, съобразени със индивидуалните особености.	6.2.3.1 Обществени образователни кампании.	Текущ	МЗ	Държавен бюджет
	6.2.3.2 Разработване на интервенционни програми за намаляване на стреса в ежедневието – на работното място, в училището и в семейството.	Текущ	МЗ, НЦОЗА, НПО	
6.2.4 Превенция на депресиите и самоубийствата.	6.2.4.1 Национална програма за превенция на самоубийствата приета с решение на Министерски съвет от 28.08.2013г.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет
6.2.5 Промоция на психично здраве при младите и в образователната система.	6.2.5.1 Промоция на психично здраве, обучение в комуникационни умения, предотвратяване на насилие, агресивно поведение и автоагресия в училищата. Разработване на програми за избираеми училищни форми на обучение. Квалификационни курсове за учители, преподаващи по тези програми. Сексуално образование на ученици. Разработване на учебни програми. Обучение на учители.	2014-2020	МЗ, МОН	Държавен бюджет

<p>6.2.6. Промоция на психичното здраве на работното място.</p>	<p>6.2.6.1 Откриване на модели на добри практики по промоция на психично здраве на работното място, чрез мотивиране на работодатели за попълване на он-лайн въпросници за дейностите им в конкретните предприятия.</p> <p>6.2.6.2 Популяризиране на добрите практики и генериране на препоръки чрез съсловните организации.</p>	<p>2014-2020</p>	<p>НЦОЗА, ГИТ, Съсловни организации</p>	<p>Държавен бюджет, ЕС</p>
<p>6.2.7 Осигуряване на добро психично здраве на възрастните хора.</p>	<p>6.2.7.1 Създаване на клубове за срещи и обществен живот на възрастните хора по общини.</p> <p>6.2.7.2 Осигуряване на континуитетна грижа за възрастни самотни хора чрез изграждане на мрежа от професионалисти – ОПЛ, социален работник, психолог.</p> <p>6.2.7.3 Ранно откриване на деменции.</p> <p>6.2.7.4 Ранно откриване на депресии и лечение.</p> <p>6.2.7.5 Обучение на ОПЛ по геронтопсихиатрия и проблемите на възрастните хора.</p>	<p>2015 - 2018</p>	<p>МЗ, РЗИ, МТСП, БЛС, НПО, Общински власти</p>	<p>Държавен бюджет, общински бюджети, ЕС</p>
<p>6.2.8 Борба срещу стигмата и социалното изключване.</p>	<p>6.2.8.1 Медийни антистигма кампании - ангажиране на обществен ресурс чрез въвличане на известни личности в антистигма кампаниите.</p> <p>6.2.8.2 Ревизия на законодателството.</p>	<p>2014-2016</p>	<p>МЗ, РЗИ, НПО</p>	<p>Държавен бюджет, ЕС</p>

	<p>6.2.8.3 Проучвания на нагласите на обществото по отношение хората с тежки психични разстройства.</p> <p>6.2.8.4 Обучение на медийни професионалисти за избягване на стигматизиращи практики.</p>			
<p>6.2.9 Използване опита на лицата, които са се сблъскали с психични разстройства при изработката и прилагането на действията, както и създаване на механизъм за обмен на информация.</p>	<p>6.2.9.1 Подпомагане създаване на НПО на потребители на психичноздравни услуги и/или на НПО на близки на лица с тежки психични разстройства.</p> <p>6.2.9.2 Създаване на регламент за болнични настоятелства към ДПБ и ЦПЗ.</p> <p>6.2.9.3 Изграждане на информационен портал за потребители на психично-здравни услуги и организиране на групи за взаимопомощ след възстановяване от криза.</p>	2014-2020	МЗ, НПО, Общинска администрация	Държавен бюджет, ЕС
<p>6.2.10 Формиране на устойчива връзка и координация на съществуващите структури и услуги за психосоциална рехабилитация, и осигуряване на приемственост на лечебния процес във всички негови етапи.</p>	<p>6.2.10.1 Разработване на обучителни програми за водене на случай и внедряването им в практиката на ЦПЗ, ДПБ, хосписи, структури на АСП и други доставчици на социални услуги.</p> <p>6.2.10.2 Въвеждане на принципите на воденето на случай чрез: Осигуряване на подкрепа за семейството; Осигуряване на снабдяване със съответните медикаменти; Следене на психичното състояние; Подпомагане на възстановяването и реинтегрирането на пациента в</p>	2014 -2020	МЗ, АСП, МВР, Общинска администрация.	Държавен бюджет

	<p>обществото.</p> <p>6.2.10.3 Създаване на интердисциплинарни екипи и осигуряване на координирани действия чрез промяна в нормативната уредба и длъжностните характеристики.</p> <p>6.2.10.4 Изграждане на мобилни екипи за кризисни интервенции. Нормативно осигуряване на дейностите и финансирането.</p> <p>6.2.10.5 Изграждане на информационна система за обслужваните лица с тежки психични разстройства.</p> <p>6.2.10.6 Създаване на система за устойчиво проследяване на пациента след острия период на боледуване.</p> <p>6.2.10.7 Дефиниране на район на обслужване на лица с тежки психични разстройства с оглед максимално доближаване на грижата до местоживеенето на пациента.</p>			
6.2.11 Разработване на правила, клинични препоръки, процедури и критерии за оценка, съставляващи алгоритми за психично-здравни услуги, които да осигурят непрекъснатост и комплексност на цялостния	<p>6.2.11.1 Актуализиране на стандарта по психиатрия съобразно с новите принципи на модерно обслужване в психиатрията.</p> <p>6.2.11.2 Разработване и въвеждане в практиката на клинични пътеки по основни психиатрични диагнози.</p>	2014-2020	МЗ, БЛС, Българска психиатрична асоциация (БПА)	Държавен бюджет

процес на психиатрично обслужване.				
6.2.12 Координиране и обвързване на алгоритмите за психично-здравни услуги с други здравни и социални програми (рехабилитационни, за превенция на алкохолизма и наркоманиите, за превенция и профилактика и др.), за да се гарантира процеса на психиатрично обслужване на пациенти с чести психични разстройства, зависимости, както и такива при деца и стари хора.	6.2.12.1 Работни срещи за промени в законодателството и нормативната уредба. 6.2.12.2 Организиране на интердисциплинарни срещи, между професионалисти от различни области и ведомства, свързани с лечението и грижите за хората с психични разстройства.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет
6.2.13 Осигуряване на психично-здравни услуги според естеството на проблема и произтичащите от него потребности.	6.2.13.1 Оценка на потребностите на населението чрез социологични проучвания. 6.2.13.2 Въвеждане на принципа за медицина основана на доказателства и използване на данните от епидемиологичните проучвания като изходна база за изработване на здравната карта за психичноздравно обслужване.	2014-2020	МЗ, ЦПЗ, ДПБ, НПО, БЛС, БПА	Държавен бюджет
6.2.14 Обучение на кадри в умения и знания, необходими за прилагане на нови подходи и дейности за осигуряване на психично здраве.	6.2.14.1 Изработване на програми за обучение на ОПЛ в комуникативни умения, ранно откриване на депресия и превенция на суицидни нагласи. 6.2.14.2 Обучение на социални работници и психолози от системата на АСП и НПО в областта на психосоциалната	2014-2020	МУ, БПА, НПО, АСП, Общинска администрация, БЛС	Държавен бюджет

	рехабилитация, воденето на случай, кризисните интервенции и домашната грижа.			
Политика 6.3: Създаване на условия за достоен живот чрез ефективни форми за обслужване на възрастните хора				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
6.3.1 Повишаване на информираността на населението от всички възрасти за здравословен начин на живот.	<p>6.3.1.1 Изпълнение на дейности по Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.</p> <p>6.3.1.2 Разработване, отпечатване и разпространение на информационни материали относно здравословното хранене на населението предназначени за рискови популационни групи, вкл. лица над 65-год. възраст.</p> <p>6.3.1.3 Провеждане на здравно-образователни мероприятия (беседи, дискусии, видеопокази, кампании) за повишаване информираността в областта на превенцията на предотвратимите рискови за здравето фактори (тютюнопушене, злоупотреба на алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност) и промоция на здравословен начин на живот.</p>	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет (Финансов разчет на НППХНБ)
6.3.2 Повишаване уменията на възрастните хора по отношение на грижите за себе си, превенция на болести и увреждания.	6.3.2.1 Изпълнение на Националната концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012-2030 г.).	текущ	МЗ, ОПЛ	Държавен бюджет, ЕС
6.3.3 Продължаване на съществуващите национални	6.3.3.1 Изпълнение на дейности по Националната програма за превенция на	текущ	МЗ, НЦОЗА, РЗИ,	Държавен бюджет (Финансов разчет на

профилактични програми за промоция на здравословния начин на живот, както и разработване на нови програми, със специален акцент към хората от третата възраст. Създаването на национални скринингови програми за социално значими заболявания на база медицински и финансово доказана ефективност е с приоритет.	хроничните незаразни болести 2014-2020 г. 6.3.3.2 Провеждане на проучвания с цел оценка: храненето и хранителния статус на населението в България – вкл. хранителния статус на лица над 65-год.		ОПЛ МЗ, НЦОЗА, РЗИ	НППХНБ)
	6.3.3.3 Приемане на Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България.	2015 г.	МЗ, РЗИ	Държавен бюджет
	6.3.3.4 Реализиране на ежегодни кампании за определяне на личния риск от остеопороза и скринингови изследвания за костна плътност.	ежегодно	МЗ, РЗИ	
6.3.4 Деинституционализация на настоящия модел на грижа за възрастните хора и предприемане на мерки за подобряване на дългосрочните грижи за възрастните хора.	6.3.4.1 Изграждане и внедряване на нов модел на грижи. 6.3.4.2 Финансиране и развитие на допълнителни здравни услуги, насочени към възрастните хора. 6.3.4.3 Осигуряване на условия за равен достъп на възрастните хора до медицински и медико-социални услуги, с фокус върху малките населени места, в планинските, полупланинските и отдалечените райони.	2020	МЗ, МТСП	Държавен бюджет, ЕС
6.3.5 Развитие на дългосрочната грижа чрез създаване на иновативни междусекторни услуги (с фокус върху интеграцията на	6.3.5.1 Адаптиране на системата от здравни услуги към застаряването на населението и към необходимостта от повишаване на качеството на живот на възрастните хора.	2020	МЗ, МТСП	Държавен бюджет, ЕС

<p>социални и здравни услуги), които да бъдат предоставяни в съответствие с реалните потребности на нуждаещите се.</p>	<p>6.3.5.2 Изграждане на адекватна мрежа от социални и здравни услуги в общността и домашна среда (разкриване на нови услуги в общността и в домашна среда, включително и предоставяне на почасови услуги в подкрепа на социалното включване).</p> <p>6.3.5.3 Повишаване на професионалната квалификация на предоставящите здравни услуги за възрастни хора и подобряване на специализацията на кадри в областта на психологическата помощ и подкрепа за възрастни хора, както и на специалисти от основните специалности за профилиране в областта на гериатрията и геронтологията.</p> <p>6.3.5.4 Повишаване на професионалната квалификация на предоставящите здравни услуги за възрастни хора и подобряване на специализацията на кадри в областта на психологическата помощ и подкрепа за възрастни хора, както и на специалисти от основните специалности за профилиране в областта на гериатрията и геронтологията.</p> <p>6.3.5.5 Подобряване на взаимодействието между държавния и неправителствения сектор при предоставяне на здравни и социални услуги за възрастни.</p> <p>6.3.5.6 Насърчаване на доброволчеството в процеса на осигуряване на услуги за възрастни.</p>			
<p>Политика 6.4: Достойна грижа за хората с трайни увреждания</p>				

Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
6.4.1 Въвеждане в медицинската практика на ефективни промотивни и профилактични мерки с оглед недопускане на трайна инвалидизация на хората с увреждания.	6.4.1.1 Създаване на ръководства за добра клинична практика. 6.4.1.2 Обучение на персонал.	2014-2020	МЗ, БЛС	Държавен бюджет, ЕС
6.4.2 Развитие на структурите за физикална терапия и рехабилитация и рехабилитационната помощ.	6.4.2.1 Подобряване на достъпа на хората с увреждания до медицинска помощ, в т.ч. до физикална терапия и рехабилитация.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
6.4.3 Прилагане на съвременни медицински подходи за лечение (в т.ч. Прилагане на съвременни медицински изделия) и социализация и минимализиране на последиците от уврежданията за пълноценния живот на индивида.	6.4.3.1 Обучение на персонала на лечебните заведения за работа с хора с увреждания.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
6.4.4 Подобряване на системата на медицинска експертиза.	6.4.4.1 Изменение и допълнение в Закона за здравето в частта „Медицинска експертиза“. 6.4.4.2 Изготвяне на законопроект.	2014	МЗ	Не се налага
	6.4.4.3 Оптимизиране системата на медицинската експертиза.			Не се налага

	6.4.4.4 Изменение и допълнение на Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на РКМЕ и на Наредбата за медицинската експертиза. 6.4.4.5 Изменение на Наредба № 40-приложение № 6 и №7.	м. март 2014 г.	МЗ, НЗОК МЗ, НЗОК, междуведомствена работна група	
6.4.5 Интегрален подход за работа с хората чрез междусекторни връзки с агенцията за хора с увреждания, НОИ, МТСП и други заинтересовани институции.	6.4.5.1 Участие в междуведомствена работна група за изготвяне на доклади на РБ по прилагане Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.	2014-2020	МТСП, МЗ, министерства, ведомства и неправителствени организации	
6.4.6 Въвеждане на нови подходи за работа в общността и непрекъсната и интегрирана медицинска и социална грижа за хората с увреждания.	6.4.6.1 Работа с неправителствените организации, защитаващи интересите на хората с увреждания. 6.4.6.2 Повишаване информираността на обществото за проблемите на хората с увреждания с оглед преодоляване на стигматизацията.	2014-2020	МТСП, МЗ, министерства, ведомства и неправителствени организации	Държавен бюджет, ЕС
Политика 6.5: Целенасочени усилия към подобряване здравето и благосъстоянието на уязвими групи от обществото				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
6.5.1 Осигуряване на стратегически фокус на обществените групи в риск (програмите и политиките да съвпадат с местната култура).	6.5.1.1 Стандартизиране и събиране на данни за по-добро идентифициране и адресиране на различията. 6.5.1.2 Подкрепа на научните изследвания за определяне на ефективни стратегии за елиминиране на различията (чрез преодоляване на пропастта между знания и	2014-2020	МЗ, НПО, РЗИ, ОПЛ, здравни медиатори	Държавен бюджет, ЕС

	<p>практика).</p> <p>6.5.1.3 Намаляване на различията в достъпа до качествено здравеопазване чрез центрирането му към пациента и използване на интегрирана помощ, клинични ръководства основани на доказателства, осигуряване на достъпна лечебна и профилактична помощ за хора с физически, сензорни и когнитивни увреждания.</p> <p>6.5.1.4 Увеличаване капацитета на работната сила за идентифициране и адресиране на различията от изпълнителите на медицинска помощ, които да са достатъчно компетентни да отразяват обществените характеристики: раса/етническа група, култура, език, недееспособност.</p>			
6.5.2 Осигуряване на условия за промоция на здраве и профилактика на болестите чрез разработени и изпълнени програми за подобряване информираността на уязвимите групи (вкл. роми) чрез медицински съобразено и научно обосновано здравно образование, в т.ч. и сексуално здравно образование с цел ограничаване и на рисковото сексуално поведение.	6.5.2.1 Реализиране на План за действие за изпълнение на Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020) и План за действие за периода 2011 – 2015 г. към здравната стратегия за лица в неравностойно положение принадлежащи към етническите малцинства, 2005-2015 г.	2014-2020 г.	МЗ, РЗИ, ОПЛ, здравни медиатори.	Държавен бюджет
	6.5.2.2 Приемане на Национална програма за подобряване на сексуалното и репродуктивното здраве.	2014-2018	МЗ	Държавен бюджет
	6.5.2.3 Разработване и излъчване на видео и аудио клипове на здравна тематика,	2015	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

	адресирани към ромското население.			
6.5.3 Утвърждаване на модела на здравния медиатор като работещ модел на ниво община за преодоляване на културните бариери в общуването между ромските общности и медицинския персонал, преодоляване на дискриминационните нагласи в здравното обслужване на ромите и семействата в риск, в т.ч. Провеждането на профилактични програми и здравно образование.	6.5.3.1 Идентифициране на населени места, в които има нужда от здравни медиатори.	Постоянен	МЗ, РЗИ, лечебни заведения, здравни медиатори	Държавен бюджет
	6.5.3.2 Разширяване сътрудничеството на личните лекари със здравните медиатори и студентите по медицина от ромски произход.	Постоянен	МЗ, РЗИ, лечебни заведения, здравни медиатори	Държавен бюджет
	6.5.3.3 Доближаване на практиките за първична и специализирана помощ до кварталите, населени предимно с ромско население.	Постоянен	МЗ, ОПЛ, лечебни заведения, здравни медиатори	Държавен бюджет
	6.5.3.4 Периодично провеждане на беседи от здравни специалисти и медиатори за вредата от най-разпространените рискови фактори – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и за предимствата на здравословния начин на живот.	Постоянен	МЗ, РЗИ, здравни медиатори	Държавен бюджет
	6.5.3.5 Организиране и провеждане на кампании за запознаване с начините за предпазване от най-разпространените инфекциозни, онкологични, сърдечносъдови и наследствени болести.	Постоянен	МЗ, РЗИ, здравни медиатори	Държавен бюджет
	6.5.3.6 Разработване и излъчване на видео и аудио клипове на здравна тематика, адресирани към ромското население.	Постоянен	МЗ, НЦОЗА, РЗИ.	Държавен бюджет
6.5.4 Повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи от населението съгласно националния имунизационен календар чрез внедряване на	6.5.4.1 Провеждане на разяснителни кампании (беседи, разговори) сред уязвимите групи от населението за необходимостта от ваксиниране със задължителните имунизации по Националния имунизационен календар.	текущ	МЗ, РЗИ, ОПЛ, здравни медиатори	Държавен бюджет

политики за пренасяне на дейностите директно до потребителя.	6.5.4.2 Провеждане на имунизации с мобилни екипи на лица от уязвими групи от населението и лица в трудно достъпни райони без значение от здравноосигурителния им статус.	2014-2020	МЗ, РЗИ, ОПЛ, здравни медиатори	Държавен бюджет
6.5.5 Укрепване на управленския, административен и изпълнителски капацитет за превенция на ХИВ в здравния и социалния сектор и координация на националния отговор по проблемите на ХИВ/СПИН.	6.5.5.1 Прилагане на интегриран и балансиран подход чрез програмите за превенция на ХИВ сред групите в най-висок риск; лечение; грижи и психосоциална подкрепа на хората, живеещи с ХИВ/СПИН.	2014-2020	МЗ, МОН, МТСП, ДАЗД, АСП, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ, общини, НПО.	Държавен бюджет, общински бюджети, ЕС
	6.5.5.2 Превенция на сексуално предавани инфекции /СПИ/, ХИВ/СПИН и на рисковото поведение (сексуално насилие, употреба на алкохол и наркотици), чрез провеждането на кампании и образователни програми, кампании за промоция на презервативи, здравно образование на младите хора и достигане по подхода „връстници обучават връстници“.	2014-2020	МЗ, МОН, МТСП, ДАЗД, АСП, НЦОЗА, НЦН, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ общини, НПО.	Държавен бюджет, общински бюджети, ЕС
6.5.6 Осигуряване на равен достъп до услуги по превенция и лечение на ХИВ/СПИН и сексуално предавани инфекции с фокус сред уязвимите групи.	6.5.6.1 Подобряване на националната система за епидемиологичен надзор на ХИВ/СПИН и СПИ, изпълнение на ефективна политика на тестване за ХИВ/СПИ и промоция на доброволното консултиране и изследване за ХИВ.	2014-2020	МЗ, МП, НЦЗПБ, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ общини, НПО.	Държавен бюджет, общински бюджети, ЕС

	6.5.6.2 Осигуряване на съвременна диагностика, антиретровирусна (АРВ) терапия, мониторинг на терапията, лечение за опортюнистични инфекции за хората, живеещи с ХИВ/СПИН. Грижи и лечение на всички болни от ХИВ/СПИН.	2014-2020	МЗ, МТСП, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ общини, НПО.	Държавен бюджет, ЕС
	6.5.6.3 Осигуряване на универсален достъп до превенция на ХИВ/СПИН и СПИ чрез работа на терен сред най-уязвимите групи (лица, инжекционно употребяващи наркотични вещества; мъже, които правят секс с мъже; лица, лишени от свобода; проституиращи лица; мигрантски и бежански общности; лица от ромска общност; млади хора в риск). Запазване и разширяване капацитета на здравно-социалните центрове.	2014-2020г.	МЗ, МТСП, ДАБ, НПО, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ общини.	Държавен бюджет, ЕС, общински бюджети.
6.5.7 Осигуряване на достъп до превенция и лечение на туберкулоза сред уязвимите групи.	6.5.7.1 Актуализиране на националните указания, форми и оперативни процедури за събиране, съобщаване, съхранение и анализ на данните в единна национална система за епидемиологичен надзор на туберкулозата в съответствие с препоръките на СЗО/ECDC/УАТЛ.	2014-2020	МЗ, МП, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ общини, НПО	Държавен бюджет, ЕС, общински бюджети.
	6.5.7.2 Превенция на туберкулозата чрез работа на терен сред уязвими групи (лица, инжекционно употребяващи наркотични вещества; лица, лишени от свобода; мигрантски и бежански общности; лица от ромска общност; млади хора в риск; лица с алкохолна зависимост); промоция на здраве и разпространение на здравно-	2014-2020	МЗ, МП, МТСП, РЗИ, ДАБ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ	Държавен бюджет, ЕС, общински бюджети.

	образователни материали.		общини, НПО	
	6.5.7.3 Подобряване на Националната система за епидемиологичен надзор на туберкулозата и осигуряване на качествена диагностика на туберкулозата, включително с мултилекарствена резистентност.	2014-2020	МЗ, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от ЛЗ за извънболнична и болнична помощ общини, НПО.	Държавен бюджет, ЕС.
	6.5.7.4 Висококачествена стратегия за пряко наблюдавано лечение на пациенти с туберкулозата, включително с мултилекарствена резистентност, специфична имуно-профилактика и терапия при случаите на ко-инфекция ХИВ/ТБ.	2014-2020	МЗ, РЗИ, Лечебни заведения, ОПЛ, специалисти от ЛЗ за извънболнична и болнична помощ общини, НПО	Държавен бюджет, ЕС, общински бюджети.

Политика 7: Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
7.1 Провеждане на проучвания за съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната, а така също и между селата и градовете и изработване на планове за действие по региони за преодоляване на негативните тенденции.	7.1.1. Оценка на показателите на детското и майчино здраве и структурите и дейностите по майчино и детско здравеопазване в страната.	2014	МЗ, РЗИ, НЗОК, НЦОЗА	Държавен бюджет

	7.1.2. Обществено обсъждане на резултатите от оценката.	2015	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	7.1.3. Създаване на консенсусен документ между институциите, за преодоляване на различията и здравните неравенства.	2015г.	МЗ, НЗОК, ДАЗД, НСОРБ, БЛС, НСОПЛБ	Държавен бюджет
	7.1.4. Разработване на модели за преодоляване на различията и здравните неравенства.	Края на 2015 г.	МЗ, НЦОЗА, МТСП, ДАЗД	Държавен бюджет
	7.1.5. Пилотно въвеждане на модели за преодоляване на различията.	2016	МЗ, НЦОЗА, МТСП, ДАЗД	Държавен бюджет, ЕС
	7.1.6. Отчитане на резултатите от пилотните модели.	2017	МЗ, НЦОЗА, МТСП, ДАЗД	Държавен бюджет
	7.1.7. Разработване на планове за действие за преодоляване на различията и здравните неравенства по отношение показателите за детско здраве в отделните области на страната, а така също и между селата и градовете.	2017	МЗ, НЦОЗА, МТСП, ДАЗД	Държавен бюджет
7.2 Провеждане на проучвания за знанията, нагласите и поведението на подрастващите за собственото им здраве чрез количествени	7.2.1. Анкетни проучвания на знанията, нагласите и поведението на учениците относно основните поведенчески рискови фактори/ тютюнопушене, употреба на алкохол, наркотици и др./.	текущ	РЗИ, НЦОЗА, МЗ	

и качествени методи на изследване.	7.2.2.Проучване на физическата активност и спортната дейност на учениците за утвърждаване на здравословния начин на живот.	текущ	РЗИ,НЦОЗА,МЗ	
	7.2.3.Извършване на анализ и оценка на нивото за знанията, нагласите и поведенията на подрастващите за собственото им здраве.	2015	НЦОЗА, РЗИ	
	7.2.4. Определяне на високорискови групи.	2015	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	
	7.2.5. Определяне на приоритетни области и набелязване на мерки за интервенция.	2016	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	
	7.3. Повишаване на информираността, знанията и нагласите на подрастващите за изграждане на жизненоважни умения за отговорно здравословно поведение.	7.3.1. Разработване на програми и здравно-образователни материали за повишаване информираността и знанията на подрастващите за изграждане на умения за здравословно поведение.	2014-2020	МЗ, МОН, НЦОЗА, РЗИ
7.3.2. Провеждане на здравно-образователни мероприятия с деца и ученици за повишаване на знанията придобиване на умения и за здравословно поведение.		2014-2020	МЗ, МОН, НЦОЗА, РЗИ	
7.3.3. Организиране и провеждане на ежегодни кампании за повишаване информираността на подрастващите за рисковите за здравето фактори, свързани с начина на живот и поведение /тютюнопушене, сексуално предаваните инфекции и др./ и повишаване информираността и знанията на подрастващите за изграждане на умения за здравословно поведение и промоция на здраве.		2014-2020	НЦОЗА, МЗ, МОН	Държавен бюджет, ЕС
7.3.4. Организиране и провеждане на здравно-образователни мероприятия, вкл. ежегодно провеждане на информационни кампании по въпросите на здравословното хранене и превенция на отклоненията в хранителното поведение, за борба със затлъстяването, за подкрепа на кърменето.		2014-2020	МЗ, МОН, НЦОЗА, РЗИ	Държавен бюджет, ЕС

	7.3.5. Провеждане на обучения и кампании по проблемите на употребата на психоактивни вещества сред учениците и младите хора.	2014-2020	НЦН, МЗ, МОН	Държавен бюджет
	7.3.6. Осигуряване на достъп до здравно и сексуално образование за децата и младите хора във и извън училище.	2014-2020	МЗ, РЗИ, НЦОЗА, МОН	Държавен бюджет
7.4. Подобряване познанията на населението по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата, хранене и здравословно поведение.	7.4.1. Провеждане на беседи, лекции и обучения с подрастващи и млади хора и техните родители за начините за предпазване от нежелана и ранна бременност, за опасностите, които крие ранната бременност за майката и бебето и родствените и ранни бракове.	2014-2020	МЗ, МОН, РЗИ, Национална мрежа на здравните медиатори (НМЗМ)	Държавен бюджет
	7.4.2. Разработване, отпечатване и разпространение на здравно-информационни материали за бременността, раждането, грижите за новороденото и малкото дете.	2014 - текущ	МЗ, НЦОЗА, ОПЛ, медицински специалисти	държавен бюджет
	7.4.3. Организиране и провеждане на здравно-образователни мероприятия, вкл. ежегодно провеждане на информационни кампании по въпросите на здравословното хранене и превенция на отклоненията в хранителното поведение, за борба със затлъстяването, за подкрепа на кърменето.	2014-2020 г. ежегодно	МЗ, НЦОЗА, ОПЛ, медицински специалисти	държавен бюджет
	7.4.4. Информирание на населението и гарантиране на възможности за здравословен	2014-2020	МЗ, МИ, МЗХ	държавен бюджет

	начин на живот и здравословен избор на храни за децата и хора с определени заболявания (усъвършенстване на законодателството, свързано с етиктиране, реклама и маркетинг на храните, стимулиране производството на здравословни храни).			
	7.4.5. Разработване на мерки за преодоляване на наличния дефицит на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот при уязвимите групи и лицата в неравностойно положение.	2014-2020	МЗ, МОН, РЗИ, Национална мрежа на здравните медиатори (НМЗМ)	Държавен бюджет
7.5 Изграждане на консенсус, обмен на добри практики и система за комуникация между заинтересованите институции, неправителствени организации по въпросите на детското здраве.	7.5.1 Проучване и анализ на добрите практики за детско и майчино здравеопазване в страните от ЕС.	2014-2016	МЗ, НПО	Държавен бюджет
	7.5.2 Обществено обсъждане на добри практики и модели с НПО и научните дружества.	2016	МЗ, НПО	Държавен бюджет
	7.5.3 Прилагане на модели за детско и майчино здравеопазване.	2017-2020	МЗ, НПО	Държавен бюджет, ЕС
	7.5.4. Разработване на добри практики по ранно детско развитие и обучение на кадри за внедряването им в системата на здравеопазване (детски, здравни и лечебни заведения).	2017	МЗ,НЦОЗА, УНИЦЕФ Национална мрежа за децата, родителски, пациентски и съсловни НПО.	Държавен бюджет, ЕС
	7.5.5. Разработване и въвеждане на механизъм за контрол и мониторинг на предоставяни от НПО социално-здравни и психично-здравни услуги за деца в ранна възраст, деца с разстройства на развитието, с психични и поведенчески разстройства от всички	2017	МЗ,НЦОЗА, УНИЦЕФ Национална мрежа за децата, родителски, пациентски и	Държавен бюджет, ЕС

	възrastови групи, деца с увреждания и СОП и др. уязвими групи.		съсловни НПО.	
7.6 Утвърждаване и развиване на програми за здравно образование.	7.6.1. Разработване, внедряване и утвърждаване на училищни политики и програми за превенция на рисковите фактори и промоция на здравето сред учениците.	2014-2016	МОН, МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
7.7 Оптимизиране и разширяване на действащите профилактични и скринингови програми.	7.7.1. Проучвания на рисковите за здравето на децата фактори на регионално и национално ниво и разработване на програми за подобряване на детското здраве.	Текущ	МЗ, НЦОЗ, РЗИ	Държавен бюджет
	7.7.2. Периодичен анализ на заболеваемостта на децата и учениците по региони с цел профилактика на водещите групи заболявания.		РЗИ, НЦОЗА	
	7.7.3 Провеждане на скринингови изследвания по водещите заболявания в детско-юношеската възраст /зрителни аномалии, постурални нарушения и гръбначни деформации и др./.	Текущ от 2015	НЦОЗА	Държавен бюджет
	7.7.4 Актуализиране приоритетите на Националната програма за редки болести в съответствие със съвременните европейски изисквания и възможностите на българското здравеопазване с основен акцент профилактика.	2014 - 2018 г.	МЗ, НКСРБ	Държавен бюджет
	7.7.5 Въвеждане на унифицирани, верифицирани, високо технологични и ефективни методи за провеждане на генетичен скрининг, пренатална и постнатална диагностика на най-честите за България	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет

	генетични болести.			
	7.7.6. Преценка на необходимостта и целесъобразността от въвеждане на нови скринингови програми - неонатален слухов скрининг, нови заболявания за масов неонатален скрининг, скрининг за носителство на бета-таласемия и други.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет
	7.7.7 Оптимизиране на пакета за профилактични прегледи за деца и бременни, заплащани от НЗОК.	2014-2020	МЗ, БЛС, НЗОК	Държавен бюджет
7.8. Въвеждане на система за мониторинг и контрол за обхващането на бременните жени и децата с профилактични прегледи.	7.8.1. Анализ и оценка на състоянието относно обхващането на бременните и децата с профилактични прегледи и на ефективността на провежданите профилактични прегледи.	2014-2015	МЗ, НЦОЗА, НЗОК, РЗИ, НПО	Държавен бюджет
	7.8.2. Обществено обсъждане на резултатите от анализа.	2015	МЗ, НЦОЗА, НЗОК, РЗИ, НПО	Държавен бюджет
	7.8.3. Предприемане на мерки за гарантиране на пълен обхват на бременни и деца с профилактични прегледи, вкл. чрез информационно осигуряване на процеса.	2016-2017	МЗ, НЦОЗА, НЗОК, РЗИ	Държавен бюджет
	7.8.4. Въвеждане на система за мониторинг и контрол на обхвата.	2017-2020	МЗ, НЦОЗА, НЗОК, РЗИ	Държавен бюджет
7.9. Осигуряване на достъпни, качествени и ефективни квалифицирани здравни услуги преди забременяване, по време на бременността, раждането, следродилния период и за децата от 0-18 г., с акцент върху специфичните мерки във всеки период.	7.9.1. Нормативни промени за подобряване на достъпа до качествено медицинско обслужване на жените преди забременяване, по време на бременността, раждането, следродилния период и децата до 18 г.	постоянен	МЗ, НЗОК, БЛС, НПО	Държавен бюджет
	7.9.2 Изграждане на капацитет сред медицинските специалисти от извънболничната, болничната медицинска помощ и РЗИ по	постоянен	МЗ, НЦОЗА, БЛС, научни медицински дружества	Държавен бюджет, ЕС

	въпросите на бременността, раждането и развитието на децата.			
	7.9.3 Осигуряването на по-широк достъп до услугите на специализираната извънболнична помощ, с цел бързо и качествено разрешаване на здравни проблеми.	2014-2020	МЗ, НЗОК, БЛС	Държавен бюджет
	7.9.4 Подкрепа и оптимизиране дейността на Център „Фонд за лечение на деца“.	2014-2020 г.	МЗ, ЦФЛД	Държавен бюджет
	7.9.5 Подкрепа и оптимизиране дейността на Център „Фонд за асистирана репродукция“	2014-2020 г.	МЗ, ЦФАР	Държавен бюджет
	7.9.6 Усъвършенстване и надграждане на съществуващи регистри с оглед подобряване управлението на политиката за майчино и детско здравеопазване.	2014-2016	МЗ, НЦОЗА, научни медицински дружества, НЗОК, РЗИ	Държавен бюджет, ЕС
	7.9.7 Подобряване на мониторинга и контрола на предоставяните медицински услуги.	2014-2020	МЗ, ИАМО, БЛС, НЗОК	Държавен бюджет
	7.9.8. Прилагане на практики за консултиране на жени и семейства преди забременяване.	постоянен	МЗ, НЗОК, БЛС, научни медицински дружества	Държавен бюджет
	7.9.9 Въвеждане на практики за консултиране на децата и семействата, вкл. Психологическо.	2017	МЗ, НЦОЗА, НЗОК, научни дружества, НПО	Държавен бюджет
7. 10. Развитие на медико-социални услуги за деца и бременни жени.	7.10.1. Проучване и анализ на резултатите от изпълняваните в България проекти по изграждане на центрове по детско и майчино здраве.	2014 - 2020	МЗ, общини, УНИЦЕФ	Държавен бюджет, УНИЦЕФ
	7.10.2. Разработване на модел на център за майчино и детско здраве, осигуряващ медико-социални услуги		МЗ, МТСП	Държавен бюджет, ЕС
	7.10.3. Разработване и приемане на пакет		МЗ, МТСП	Държавен бюджет

	нормативни промени за изграждане на центрове за майчино и детско здравеопазване.			
	7.10.4. Разработване на методики за функциониране на ЦМДЗ и за патронаж на бременни и деца с медико-социален риск.		МЗ, МТСП	Държавен бюджет, ЕС
	7.10.5. Провеждане на обучение на медицински специалисти (медицински сестри, фелдшери) за провеждане на патронаж на бременни и деца в риск.		МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	7.10.6 Изграждане на центрове за детско и майчино здраве с областно покритие.		МЗ, МТСП	Държавен бюджет, ЕС
7. 11. Укрепване на материално-техническата база на лечебните заведения за създаване на благоприятни и съвременни условия за диагностика и лечение на деца и бременни.	7. 11.1. Изграждане на национална мрежа от високотехнологични звена в съответствие с приетите стандарти с цел осигуряване на равен достъп на всички бременни до специализирано изследване фетална морфология и за диагностика на патологична бременност.	2014 - 2020	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	7.11. 2. Осигуряване на съвременна диагностична и терапевтична апаратура в неонатологичните отделения.	2014-2020	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	7.11.3. Осигуряване на апаратура и обучение на медицински персонал за въвеждане на неонатален слухов скрининг в неонатологичните отделения II- III ниво на компетентност.	2014 - 2020	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	7.11.4. Осигуряване на ранна диагностика и рехабилитация на деца с неврологични заболявания, чрез подкрепа и създаване на специализирани центрове.	2014 – 2016 г.	МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	7.11.5. Подобряване на рехабилитационната помощ за деца, чрез осигуряване на съвременни рехабилитационни уреди и	2014 - 2020	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

	апаратура в стационарите на специализираните лечебни заведения за рехабилитация на деца.			
7.12. Подобряване на диагностиката на патологичната бременност чрез повишаване квалификацията на кадрите и осигуряване на подходяща апаратура.	7.12.1. Провеждане на продължаващо обучение на специалисти по АГ.	2014-2020	МЗ, БЛС	ЕС
7.13. Подобряване на пакета услуги, предоставяни за бременни жени.	7.13.1. Оптимизиране на основния пакет от здравни дейности, заплащани от НЗОК.	2014-2020	МЗ, БЛС, НЗОК	Държавен бюджет
7.14. Осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания.	7.14.1. Преглед на нормативната уредба, която урежда профилактиката, диагностиката и лечението на децата с хронични заболявания.	2014-2015	МЗ, научни медицински дружества, пациентски организации	Държавен бюджет
	7.14.2. Взаимодействие с пациентски организации и научни дружества с оглед постигане на консенсус по въвеждане на добри практики за интердисциплинарен подход при медицинското обслужване на деца с хронични заболявания.	2015-2016	МЗ, научни медицински дружества, пациентски организации	Държавен бюджет
	7.14.3. Поетапно въвеждане в нормативната база на интердисциплинарния подход към определени хронични заболявания.	2016-2020	МЗ, НЗОК, БЛС	Държавен бюджет
7.15. Внедряване на европейски стандарти за диагностика и лечение.	7.15.1. Анализ на Европейски практики за диагностика и лечение.	2015-2020	МЗ, научни медицински дружества	Държавен бюджет
	7.15.2. Взаимодействие с пациентски организации и медицински научни дружества с оглед постигане на консенсус по въвеждане на	2015-2020	МЗ, научни медицински дружества	Държавен бюджет

	добри практики за диагностика и лечение.			
	7.15.3. Поетапно въвеждане на европейски стандарти за диагностика и лечение.	2015-2020	МЗ, научни медицински дружества	Държавен бюджет
7.16. Развитие на интегрирани иновативни междусекторни услуги за деца и семейства (с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др.).	7.16.1. Разкриване на центрове за временна резидентна грижа за малки деца с тежки здравословни проблеми, нуждаещи се от продължителни медицински грижи.	2014 – 2015 г.	МЗ, Общини, АСП	Държавен бюджет, ЕС
	7.16.2. Разкриване на здравно-социални услуги, алтернативни на институционалната грижа за малки деца (разработване на методология, структура и организация на работата им).	2016 текущ	МТСП, АСП, МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	7.16.3. Разкриване на дневни центрове за деца с увреждания, предоставящи рехабилитационни, логопедични и психологични услуги.	2014 - 2020	Общини, МЗ, АСП	Държавен бюджет, ЕС
	7.16.4. Формиране на мобилни екипи от специалисти за ранна интервенция, по отношение превенция на изоставянето на деца поради здравословните им проблеми.	2014 - 2020	Общини, МЗ, АСП	Държавен бюджет, ЕС
	7.16.5. Развиване на здравно-социалната услуга „заместваща грижа“, с която ще се осигури подкрепа на семействата на деца със здравословни проблеми, чрез временна грижа (до 20 дни годишно) за деца от екип, включващ медицински специалисти.	2014 - 2020	Общини, МЗ, АСП	Държавен бюджет, ЕС
7.17. Осигуряване на профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за деца със специални потребности.	7.17.1. Анализ на състоянието на възможностите за профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация за деца със специални потребности.	2015-2017	МЗ, БЛС, НЦОЗА, научни медицински дружества	Държавен бюджет
	7.17.2. Междусекторно и междуинституционално сътрудничество и обсъждане на възможностите за подобряване на за профилактиката, диагностиката,	2015-2020	МЗ, БЛС, научни медицински дружества	Държавен бюджет

	лечението и рехабилитацията на деца със специални потребности.			
	7.17.3. Поетапни нормативни промени за подобряване на профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията за деца със специални потребности.	2015-2020	МЗ, НЗОК, БЛС, научни медицински дружества	Държавен бюджет
	7.17.4. Адаптиране на заобикалящата среда, осигуряване на комплексна медицинска и социална рехабилитация, както и на висококачествени медицински изделия и технически помощни средства за деца с увреждания и деца със специални потребности.	2014-2020	МЗ, МТСП, АСП, АХУ, общини	Държавен бюджет
	7.17.5. Повишаване квалификацията на общопрактикуващите лекари/педиатри, по въпросите на диагностика на развитието и разстройства на развитието и поведението, с цел ранно откриване на отклонения и насочване към ранна интервенция.	2014, текущ	НЦОЗА	
7.18. Изграждане и утвърждаване на модел за предоставяне на продължителна здравна грижа за деца.	7.18.1. Анализ на нормативната база и потребностите от предоставяне на продължителна здравна грижа за деца.	2015-2016	МЗ, БЛС, научни медицински дружества	Държавен бюджет
	7.18.2. Обсъждане на модели съвместно с НПО и постигане на консенсус.	2015-2017	МЗ, научни медицински дружества, НПО	Държавен бюджет
	7.18.3. Промяна в нормативната уредба.	2016 - 2020	МЗ	Държавен бюджет
7.19. Своевременно и качествено здравно обслужване в училищата, яслите и детските градини.	7.19.1. Създаване на нормативна регулация, относно оптимизиране броя на персонала, обгрижващ децата в детските ясли и яслените групи на ОДЗ.	2014 -2015 г.	МЗ	Държавен бюджет
	7.19.2. Повишаване и поддържане на висока професионална квалификация на медицинския персонал в детските заведения и училищата.	2014 – 2020 г	МЗ, общини	Държавен бюджет

	7.19.3. Анализ на потребностите от детски ясли, на база обективни критерии.	2014 – 2020 г	Общини-НСОРБ, МЗ	Държавен бюджет
	7.19.4. Анализ на предоставяните здравни услуги за деца и ученици в детски градини и училища, вкл. по отношение деца с хронични заболявания.	2014-2017	НЦОЗА	Държавен бюджет
	7.19.5. Оптимизиране на нормативната уредба за предоставяне на здравни услуги на деца и ученици в детските заведения и училищата.	текущо	МЗ	Държавен бюджет
7.20. Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата.	7.20.1. Разширяване броя на ранните неонатални скринингови програми.	2014 – 2016 г	МЗ, Национален консултативен съвет по редки болести (НКСРБ)	Държавен бюджет
	7.20.2. Осигуряване на свободен достъп до пренатален скрининг на бременни.	2014 – 2020 г	МЗ, НКСРБ	Държавен бюджет
	7.20.3. Разширяване пакета от профилактични прегледи за здравно неосигурените бременни.	2014 – 2020 г	МЗ, НЗОК	Държавен бюджет
	7.20.4. Осигуряване на ранна диагностика при децата със здравословни проблеми, чрез повишаване квалификацията на ОПЛ.	2014 – 2020 г	БЛС, НСОПЛБ, МЗ	Държавен бюджет, ЕС
	7.20.5. Формиране на екипи от медицински и немедицински специалисти (социални работници, психолози) в центровете за здравно-социални услуги, с цел обучение на семейството за грижи за дете с хронично страдание и постоянна подкрепа.	2014 – 2020 г	МЗ, лечебни заведения, общини, АСП	Държавен бюджет, ЕС
	7.20.6. Осигуряване на ранна диагностика и рехабилитация на деца с хронични неврологични заболявания, чрез разкриване на специализирани центрове (ДЦП).	2014 – 2020 г	МЗ, лечебни заведения -4 броя	Държавен бюджет, ЕС
7.21. Подобряване на комплексните грижи за деца с увреждания и деца със	7.21.1. Осигуряване на по-добър достъп до рехабилитационна помощ за деца до 18 години, чрез оптимизиране пакета на НЗОК по физикална и рехабилитационна медицина, както и чрез подобряване на достъпа до	2014 – 2020 г	МЗ, НЗОК	Държавен бюджет

специфични потребности.	извънболничната рехабилитационна помощ.			
	7.21.2. Осигуряване на достъп и качествени здравни грижи за децата със специални потребности в детските заведения и училищата.	2014 – 2020 г	Общини, МЗ	
	7.21.3. Стимулиране и подкрепа на общините за разкриване на центрове за деца с генерализирано разстройство в развитието.	2014 – 2020 г	Общини, МЗ	
7.22. Разширяване на обхвата на профилактиката на оралните заболявания и предоставяните услуги по дентална помощ при децата.	7.22.1. Реализация на Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 г. в Р България.	2014 – 2020 г	МЗ, БЗС	Държавен бюджет
7.23. Подобряване на услугите в сферата за психичното здраве за децата.	7.23.1. Осигуряване на специализирани кадри съобразно потребностите в страната;	2014 – 2020 г	МЗ, БЛС	Държавен бюджет
	7.23.2. Въвеждане на стандарт на комплексно екипно обслужване при терапия и рехабилитация на деца в ранна възраст и с психични проблем.	2015-2020	МЗ, НЦОЗА, научни дружества	Държавен бюджет
	7.23.3. Реализация на превантивни програми за деца с психични разстройства и техните семейства и др.	2014 – 2020 г	МЗ, НПО	Държавен бюджет
	7.23.4. Поетапно въвеждане и изпълнение на разработените от МЗ „Мерки за подобряване на грижите в помощ на лица с аутизъм и техните семейства”.	2014 – 2016 г.	НЦОЗА, МЗ, АСП, МОН, МТСП	Държавен бюджет
	7.23.5. Разкриване на центрове за лечение на хранителни разстройства (анорексия).	2020	МЗ	Държавен бюджет, ЕС

Политика 8: Регионална здравна политика, основана на доказателства				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
8.1 Изготвяне на анализи и планове за развитие на отделните региони.	8.1.1 Анализ на реалните здравни потребности на населението в съответния регион.	2014 г. – 2020 г.	МЗ, НЦОЗА, органи на местното самоуправление, РЗИ, РЗОК, БЛС, БЗС, БАПЗГ, национално-представени пациентски организации	Държавен бюджет, ЕС
	8.1.2 Анализ на здравната инфраструктура с цел определяне на възможностите за задоволяване на здравните потребности на населението в съответния регион – материална база, ресурсна обезпеченост – персонал, апаратура и други.	2014 г. – 2020 г.	МЗ, НЦОЗА, органи на местното самоуправление, РЗИ, РЗОК, БЛС, БЗС, БАПЗГ, национално-представени пациентски организации	Държавен бюджет, ЕС
	8.1.3 Анализ на рисковите за здравето фактори на начина на живот и околната среда с цел разработване на адекватни и изпълними профилактични и промотивни мероприятия и програми.	2014 г. – 2020 г.	МЗ, НЦОЗА, органи на местното самоуправление, РЗИ, РЗОК, БЛС, БЗС, БАПЗГ, национално-представени пациентски организации	Държавен бюджет, ЕС
8.2 Утвърждаване на принципи за регионално разпределение на	8.2.1 Осъществяване на взаимодействие с регионалните и местните власти за постигане на консенсус относно развитието	2014 г. – 2020 г.	МЗ, МРРБ, НСОРБ, БЛС	Държавен бюджет, ЕС

високотехнологични дейности и здравни услуги, деконцентрация на здравните услуги по региони, с цел осигуряване на равнопоставен достъп и качество на живот на населението.	на високотехнологични дейности и деконцентрация на здравните услуги по региони.			
	8.2.2 Изготвяне на план за действие за постигане на консенсусните решения.	2014 г. – 2020 г.	МЗ, МРРБ, НСОРБ, БЛС	Държавен бюджет, ЕС
	8.2.3 Реализация на плановете.	2014 г. – 2020 г.	МЗ, МРРБ, НСОРБ, БЛС	Държавен бюджет, ЕС
8.3 Утвърждаване на механизми за подпомагане на лечебните заведения в труднодостъпни и отдалечени райони – защитени болници.	8.3.1 Анализ на нормативната база с оглед възможностите за подпомагане на лечебните заведения в труднодостъпни и отдалечени райони – защитени болници.	2014 г.	МЗ, МРРБ, НЗОК, НСОРБ, БЛС	Държавен бюджет, ЕС

Политика 9: Здравни технологии, иновации и инвестиции				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
9.1 Развитие на капацитет за оценка на здравните технологии.	9.1.1 Извършване на проучване и анализ на проблемите и нуждите в областта на управлението, наблюдението и контрола при прилагането на политиките, свързани с внедряване на нови здравни технологии и оценка на съществуващи здравни технологии с лоша доказателствена стойност.	2014г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	9.1.2 Извършване на проучване и анализ на най-добрите европейски практики за институционализиране и изграждане на капацитет за оценка на здравни технологии.	2014г.	НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	9.1.3 Обществено обсъждане на резултатите от проучвания , така и	2014г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС

	приемането на набор от препоръки за изграждане на капацитет за оценка на здравните технологии.			
	9.1.4 Приемане на нормативни промени за създаване на национална институция за оценка на здравните технологии, стандарти и акредитация към МЗ.	2014г.	МЗ	
	9.1.5 Подбор и обучение на специалисти с подходяща квалификация за оценка на здравните технологии.	2015г.	НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	9.1.6 Осигуряване на материално-техническа база за дейността на структурата – СМР, оборудване, компютри.	2015г.	НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	9.1.7 Разработване на методология за идентифициране, определяне на приоритети и оценка на здравните технологии и предоставяне на информацията.	2015г.	НЗОЗА	Държавен бюджет
	9.1.8 Разработване на методология за разработване, оценяване и внедряване на стандарти в медицинската практика.	2015г.	НЦОЗА	Държавен бюджет
	9.1.9 Разработване на методология за акредитация на лечебните заведения.	2015г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	9.1.10 Провеждане на обучение на експерти/одитори по акредитация на лечебните заведения.	2015г.	НЦОЗА	Държавен бюджет ЕС
	9.1.11 Провеждане на проучване за идентификация на нови здравни технологии и / или нови приложения на съществуващите технологии и съществуващи технологии с лоша доказателствена стойност.	2015г.	НЦОЗА	Държавен бюджет
	9.1.12 Определяне на приоритети и план за НТА проучвания.	2015г.	НЦОЗА	Държавен бюджет

	9.1.13 Провеждане на НТА проучвания.	2015г.-2020	НЗОЗА	Държавен бюджет
	9.1.14 Изграждане на ДСГ – офис в рамките на структурата за оценка на здравните технологии, стандарти и акредитация.	2017г.	НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС

Политика 10: Развитие на електронното здравеопазване				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
10.1 Аналитични и консултантски услуги от Световна Банка.	10.1.1 Проучване на актуалното състояние на Е-здравеопазване в България.	2014-2015г.	МЗ, НЗОК, НЦОЗА	ЕС
	10.1.2 Разработване на стандарти за здравна информация.	2014-2015г.	МЗ, НЗОК, НЦОЗА	ЕС
10.2 Изграждане на Национална здравно-информационна система.	10.2.1 Извършване на проучване и анализ на информационните системи и информационните услуги за населението, свързани със здравето.	2014г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.2 Разработване и внедряване на национални, електронни регистри на лечебните заведения и специалистите в здравната система, като референтен източник на данни за всички подсистеми на националната здравна система.	2014г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.3 Разработка на национален електронен регистър и речник на здравните данни използваните термини в медицината (заболявания, медицински процедури, изследвания, лекарствени средства, изделия и др.).	2014-2015г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС

	10.2.4 Разработване и внедряване на електронна система за събиране, обработка и анализ заболяемостта, нуждата от здравна помощ, използваемостта на ресурсите, миграцията на пациенти и специалисти и здравно-статистически индикатори.	2014-2015г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.5 Разработване на базисен модел на националната здравно-информационна мрежа.		МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.6 Разработване на протокол и централизирана система за обмен на здравна документация между изпълнителите на здравна помощ, здравните заведения, осигурители, застрахователи и други платци на здравни услуги.	2014-2016г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.7 Внедряване на електронен здравен идентификатор – пилотен проект.	2014-2016г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.8 Изготвяне и внедряване на софтуерни приложения за комплексно обработване на информацията в реално време, в т.ч. – електронни направления, електронни рецепти, лабораторни данни и др.	2016г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.9 Изграждане на пълно електронно досие на пациента.	2016г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.2.10 Изграждане на комплексни болнични информационни системи (БИС), интегрирани помежду си и с външни приложения.	2016г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет
	10.2.11 Изграждане на инфраструктура за функциониране на системата и за развитие на телемедицински проекти.	2016г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
10.3 Осигуряване на	10.3.1 Създаване на единни	2014г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет,

стандартизация и информационна сигурност.	информационни стандарти, съобразени с международните стандарти за медицинска информация и обмен на медицинска информация.			ЕС
	10.3.2 Разработване на изисквания за съвместимост на информационните системи, в съответствие с принципите, нормите и практиките на ЕС.	2014г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.3.3 Адаптация на правната рамка и създаване на медицинска документация съответстваща на възможностите за електронна обработка и обмен на медицинска и здравна информация.	2014-2015г.	МЗ, НЦОЗА	ЕС
	10.3.4 Внедряване на системи за сигурност на информационните системи.	2015г.	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
	10.3.5 Създаване на звено, подчинено на МЗ за оценка и сертификация на софтуерните продукти, предназначени за здравеопазването по отношение на сигурност на информацията, спазване на стандартите за медицинска информация и електронен обмен на медицинска информация.	2015-2020	МЗ, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС
10.4 Осигуряване на информираност и обучение.	10.4.1 Осигуряване на възможност за леснодостъпна информация по електронен път за населението чрез изграждане на информационни портали.	2016г.	МЗ, НЗОК, НЦОЗА	Държавен бюджет
	10.4.2 Разработване на системи за подпомагане на решенията на здравните специалисти и обмен на клинична информация.	2016г.	МЗ, НЦОЗА, БЛС	Държавен бюджет, ЕС
	10.4.3 Изграждане на публични регистри.	2015-2020	МЗ, НЗОК, НЦОЗА	Държавен бюджет, ЕС

Политика 11: Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията				
Мярка	Дейности по мярката	Срок за изпълнение	Отговорна/и институция/и	Източник на финансиране
11.1 Обществено обсъждане на всички изготвени от Министерство на здравеопазването стратегии за конкретни сектори в системата на здравеопазването.	<p>11.1.1 Представяне на проекти на документи пред Обществения съвет.</p> <p>11.1.2 Информирание на обществеността чрез електронната страница на Министерство на здравеопазването.</p> <p>11.1.3 оповестяване и обсъждане на внесени писмени предложения в рамките на Обществения съвет.</p>	текущ	МЗ, НПО, съсловни организации	Държавен бюджет
11.2 Популяризиране на профилактични кампании, насочени към намаляване на заболяемостта и смъртността, към подобряване на здравето - в тясно сътрудничество с НПО-сектора и медийния сектор.	<p>11.2.1 Организиране на пресконференции, кръгли маси, семинари; регулярно информирание чрез прессъобщения и своевременно подаване на уточняваща информация.</p> <p>11.2.2 Разпространение на рекламни и обяснителни материали (брошури, плакати, т.н.).</p>	текущ	МЗ, НПО, медии	Държавен бюджет
11.3 Създаване на предпоставки за изграждане на доверие към медицинската система и към безпрепятствения достъп до качествена медицинска помощ и здравно обслужване.	11.3.1 Информирание на гражданите за техните права и задължения като здравноосигурени или не субекти. Популяризиране дейността на МЗ по посока осигуряването на равен достъп до здравни услуги – чрез даване максимална гласност на случващото се в сектора – с подкрепата на неправителствени организации и журналисти.	текущ	МЗ	Държавен бюджет
11.4 Активно популяризиране на дейностите в областта на човешките ресурси с фокус	11.4.1 Среци, семинари и кръгли маси с участие на заинтересованите страни.	текущ	МЗ, висши медицински училища	Държавен бюджет

специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение.	<p>Обмяна и дискутиране на предложения.</p> <p>11.4.2 Провеждане на разяснителни кампании от страна на МЗ и НПО-сектора.</p> <p>11.4.3 Тясно сътрудничество със студентски организации и учебни заведения.</p> <p>11.4.4 Насочване на медийното внимание към дейностите, свързани със специализациите и продължителното обучение в сектор здравеопазване.</p>			
11.5 Информирание на обществото за детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване.	<p>11.5.1 Среци, семинари и кръгли маси с участие на заинтересованите страни. 11.5.2 Стимулиране на междусекторното сътрудничество популяризиране на консенсусни положения за обмяна и дискутиране на предложения.</p> <p>11.5.3 Провеждане на разяснителни кампании от страна на МЗ и НПО-сектора.</p> <p>11.5.4 Насочване на медийното внимание към дейностите, свързани със специализациите и продължителното обучение в сектор здравеопазване.</p>	текущ	МЗ	Държавен бюджет
11.6 Кампания в подкрепа подпомагането на лечебните заведения в отдалечените и малки региони на страната.	11.6.1 Своевременно информирание и съдействие с регионални и национални медийни представители. Тясно сътрудничество и обмяна на идеи и позиции, както с НПО-сектора, така и с останалите заинтересовани страни.	текущ	МЗ, НПО, медии	Държавен бюджет
11.7 Участие на	11.7.1 Изготвяне на доклади, презентации и	текущ	МЗ	Държавен бюджет

представители на МЗ във форуми по проблемите на здравето на нацията.	популяризиране на добри практики сред специалисти, общество, НПО-сектор и медии.			
11.8 Анализ на медийните реакции във връзка с включването на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията.	11.8.1 Изготвяне, представяне, оповестяване и съобразяване с анализите на медийните нагласи и фокуси.	текущ	МЗ	Държавен бюджет