

ПРОЕКТ!

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ
2014-2020 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ	5
ВЪВЕДЕНИЕ	6
ПОЛИТИЧЕСКИ КОНТЕКСТ	9
ЕВРОПЕЙСКИ КОНТЕКСТ	11
НАЦИОНАЛНИ ИЗМЕРЕНИЯ	15
ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ	17
Население	17
Раждаемост.....	18
Смъртност	19
Преждевременна смъртност	19
Детска смъртност	20
Средна продължителност на живота	20
Броят и структурите на населението се определят от размерите и интензивността на неговото естествено и механично (миграционно) движение.	21
Естествен прираст	21
Остаряване на населението	22
Заболеваемост и болестност.....	23
ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА.....	25
Структура на здравната мрежа.....	25
Човешки ресурси	28
Рискови фактори.....	31
Поведенчески рискови фактори.....	31
Тютюнопушене.....	31
Консумация на алкохол	31
Нездравословно и небалансирано хранене	32
Ниска физическа активност.....	33
Наркотици	34
Рисково сексуално поведение	34
Стресът като рисков фактор за влошено психично здраве.....	35
Рискови фактори на околната и трудовата среда	36
Атмосферен въздух	36
Питейни води	37
Води за къпане	38
Почви и отпадъци.....	38
Шум	38

Йонизиращи лъчения (ЙЛ)	39
Нейонизиращи лъчения (НЙЛ)	40
Трудова среда.....	40
КЛЮЧОВИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА	41
ВИЗИЯ.....	42
ПРИНЦИПИ.....	42
НАЦИОНАЛНИ ЦЕЛИ, ПРИОРИТЕТИ И ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	43
НАЦИОНАЛНИ ЦЕЛИ	43
ПРИОРИТЕТИ.....	43
ПОЛИТИКИ.....	44
Политика 1: Ефективно управление, укрепване на административния капацитет и междусекторното сътрудничество.....	44
Политика 2: Стабилизиране модела на финансиране на здравеопазването и осигуряване на необходимите ресурси	46
Политика 3: Ефективно планиране и управление на човешките ресурси.....	49
Политика 4: Осигуряване на равен достъп до качествено здравеопазване чрез ефективни секторни политики в здравеопазването.....	52
4.1. Осигуряване и контрол на качеството.....	52
4.2. Първична медицинска помощ	55
4.3. Болнична помощ.....	57
4.4. Спешна медицинска помощ	59
4.5. Ограничаване на възможностите за неформални форми на плащанията в здравеопазването и антикорупционни политики	62
Политика 5. Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус хроничните незаразни болести (социално значими).....	63
Политика 6. Целенасочени обединени действия на цялото общество за ограничаване на риските фактори, влияещи върху здравето на нацията.....	66
Политика 7: Деинституционализация и осигуряване на дългосрочна грижа на уязвими групи от населението	67
7.1. Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18г.	67
7.2. Модерното психиатрично обслужване - политики насочени към хора с хронични психични разстройства	68
7.3. Създаване на условия за достоен живот чрез модерни форми за обслужване на възрастните хора (активно стареене).....	71
7.4. Достойна грижа за хората с трайни увреждания	74
7.5. Целенасочени усилия към подобряване здравето и благополучието на уязвими групи от обществото	75

Политика 8: Детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване	76
Политика 9: Регионална здравна политика, основана на доказателствата	78
Политика 10: Здравни технологии, иновации и инвестиции	80
Политика 11: Развитието на електронно здравеопазване	82
Политика 12: Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията	84
ОТГОВОРНИ И АНГАЖИРАНИ ИНСТИТУЦИИ	86
ИЗПЪЛНЕНИЕ И МОНИТОРИНГ	87
ПЪРВА ГРУПА: ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ.....	88
ВТОРА ГРУПА: ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА ОТ ДЕЙСТВИЯТА, НАСОЧЕНИ КЪМ ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА БОЛЕСТИТЕ.....	89
ТРЕТА ГРУПА: ИЗГОТВЯНЕ И ПРИЛАГАНЕ НА ИНТЕГРИРАНИ (ОБОБЩЕНИ) ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ОЦЕНКА НА ЕФЕКТИВНОСТТА ОТ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ПЕТТЕ НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНО-ПОЛИТИЧЕСКИ ЦЕЛИ	89
ФИНАНСОВ ПЛАН.....	90
РЕЗЮМЕ	95

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БАПЗГ	- Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
БЛС	- Български лекарски съюз
ДКЦ	- Диагностично-консултативен център
ДМСГД	- Дом за медико-социални грижи за деца
ДОО	- Държавното обществено осигуряване
ДСГ (DRG)	- Диагностично-свързани групи (Diagnosis-related groups)
ЕМП	- Електромагнитни полета
ЕС	- Европейски съюз
ЙЛ	- Йонизиращи лъчения
КЦМ	- Комбинат за цветни метали
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
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
ПАВ	- Полиароматни въглеводороди
ДПБ	- Държавна психиатрична болница
ЦПЗ	- Център за психично здраве
ЦСМП	- Център за спешна медицинска помощ
ФСМП	- Филиал за спешна медицинска помощ
РЗИ	- Районна здравна инспекция
РЗОК	- Районна здравноосигурителна каса
СЗО	- Световна здравна организация
СПИН(AIDS)	- Синдром на Придобитата Имунна Недостатъчност (Acquired immunodeficiency syndrome)
ЗЗБУТ	- Закон за здравословни и безопасни условия на труд
ТЗ	- Трудова злополука
ФПЧ	- Фини прахови частици
ХИВ (HIV)	- Човешки имунодефицитен вирус (Human Immunodeficiency Virus)
ЦСМП	- Център за спешна медицинска помощ
APG	- Амбулаторно-пациентските групи (Ambulatory Patient Group)
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	- United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето като неотменимо човешко право и „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липсата на болест или недъг” (СЗО), включва само по себе си твърде много фактори и взаимовръзки, които не позволяват да се гледа на него единствено като към обект, подложен на влиянието на явленията и факторите на външната среда. Вътрешните зависимости на трикомпонентната структура на здравето, са подложени на въздействието и стават обект на зависимост от кръговите процесите на глобализацията: (1) повишените трансгранични потоци, които стимулират развитието на (2) глобалните правила и институции, които от своя страна спомагат за отваряне на (3) икономиките на отделните страни и по този начин се увеличава мащабът и обхватът на трансграничните потоци на хора, стоки и капитали.

Здравето, което се определя от факторите на семейно-битовата, професионално-трудовата, обществено-битовата среда и системата на здравеопазване, се влияе силно от обкръжаващата го социално-икономическа среда (политически, технологични, икономически, законодателни, религиозни и други). Тук се преплитат всички тези влияния, при които има позитивни и негативни сили на въздействие, свързани с развитието на новите технологии, политиката, икономическия натиск, както и непрекъснато променящите се идеи и най-вече повишената социална и екологическа ангажираност.

В ценностната система на българските граждани здравето винаги е заемало едно от челните места. 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 благополучие.

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.

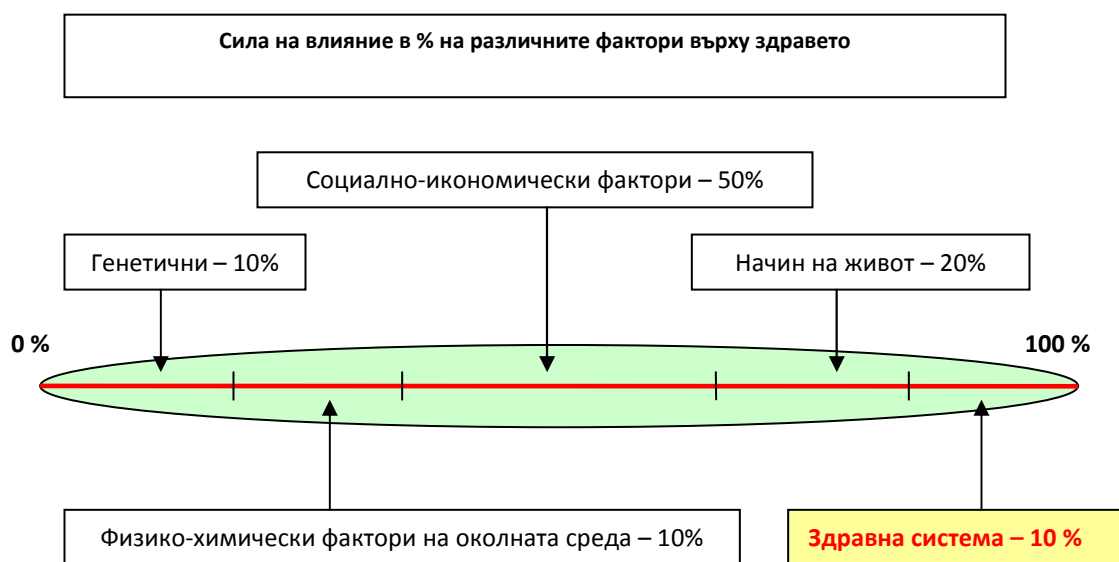
Общественото здраве зависи от въздействията на различните явления на ниво население, рисковете за здравето на ниво индивид, както и от развитието на системата на здравеопазване в съответната страна. Тук се преплитат множеството преки и непреки връзки между глобализацията и здравето като цяло, а именно:

- 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;
- директни – влиянието на националната икономика върху националното здраве – свързано с храненето, условията и начина на живот, пряко въздействие върху доходите на домакинствата, преразпределяне на финансовите потоци и влиянието им върху здравето на населението и върху системата на здравеопазване в съответната страна.

Когато се прави оценка на въздействието на различните фактори върху здравето на населението, голяма част от експертите и специалистите определят това влияние в процентно съотношение, което може да бъде изразено по следния начин:



източник НЦОЗА

От представеното на фигурата е видно, че най-съществено влияние върху здравето на гражданите имат социално-икономическите фактори на окръжаващата 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.

Необходимо да се посочи, че както здравните политики, така и обществото трябва да се замислят върху 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 може и 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 политиките.

Проблемът със здравето на нацията придоби особена чувствителност в контекста на протичащата глобална финансова и икономическа криза и нейните проявления – съкращения на работни места и увеличение на безработицата, влошаване на качеството на живот и труд и др. В такива условия най-уязвимите групи от населението плащат най-високата социална цена. Кризата постави още по-остро въпроса за необходимостта от прилагането на мерки, които биха имали съществено влияние за ограничаване разпространението на болестите и рисковите фактори за здравето. Всичко това показва, че е необходимо прилагането на комплексен и интегриран подход, особено за уязвимите групи 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.

Функционирането на здравната система е един от елементите, които оказват влияние върху здравето на гражданите. Здравната система от своя страна зависи от влиянието на множество фактори – външни и вътрешни, а именно – социално-икономическото развитие на страната, ресурсната осигуреност, нормативната база, която отразява общественно-политическите отношения и много други.

Здравната система има свои характеристики, структура, организационна схема и представлява обособена подсистема на цялостната общественно-икономическа система на страната, предлагаща и осъществяваща специфични здравни дейности, насочени към решаване на здравните проблеми на населението.

През последните години основно влияние върху функционирането на системата на здравеопазване оказва световната финансово-икономическа криза.

Основните проблеми пред здравната система могат да бъдат обобщени като:

- несъответствие между налични и необходими ресурси – човешки, финансови, материално-технически, информационни и организационно-управленски;
- несъответствие между структура и търсене на здравни услуги – йерархичната структура не съответства на търсенето – заобикаляне на първичната медицинска помощ и търсене на специализирана и високоспециализирана помощ от населението;
- липса на хоризонтална интеграция и взаимодействие – например, взаимодействието между първичната медицинска помощ и спешната медицинска помощ;
- централизация или пълна децентрализация – две крайни явления, които оказват влияние върху структура и взаимодействие;
- неадекватни решения, свързани с регионалното (териториалното) разположение – Националната здравна карта е само пожелателен инструмент за управление без реални възможности за въздействие;
- окрупняване или раздробяване на структурни елементи и връзки – например, създаване на множество структури по инвазивна кардиология.

Националната система за здравеопазване се състои от здравни и лечебни заведения, държавни, общински и обществени органи и институции за организация,

управление и контрол на дейностите по опазване и укрепване на здравето, в която заделените от обществото ресурси се разходват с цел удовлетворяване на специфични здравни потребности на населението и предоставяне на достатъчна по обем и качество здравна помощ.

От посоченото определение е видно, че структурата на здравната система е съставена от три обособени части, а именно:

- В първата структурна част са всички органи за управление и контрол (Министерство на здравеопазване, агенции към министерството, РЗИ и др.), които изпълняват типично управленско-организационни, контролни и регулаторни функции в системата на здравеопазване.
- Втората структурна част – здравните и лечебни заведения, включва в себе си всички видове здравни и лечебни заведения (здравни кабинети, лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ, центрове за спешна медицинска помощ, центрове по трансфузионна хематология, национални центрове и др.), които изпълняват функции по предоставяне на здравни услуги на населението.
- Третата структурна част са здравни заведения, които осъществяват и научно-организационна и методична дейност – Националните центрове по общественото здраве.

Основната задача на здравеопазването е предоставянето на здравна помощ при оптимално използване на предоставените от обществото ресурси.

ПОЛИТИЧЕСКИ КОНТЕКСТ

Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. произтича от обнародваните през последното десетилетие няколко взаимодопълващи се здравни стратегии и концепции за развитие на здравната система в Република България.

Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. е израз на очертаващото 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 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 XX 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 намаля, 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

умиранията 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.

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 към здравното благополучие и активно дълголетие, трябва да бъдат във фокуса и свързани преди всичко с профилактика и промоция, отколкото с лечение.

На основата на анализите, направени от здравните експерти и научните медицински общности, сме задължени да направим три обобщаващи извода:

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.

В Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. следва да се подчертае, че отделният човек може да направи за здравето и благополучието си повече, отколкото който и да е лекар, болница, лекарство или скъпоструваща медицинска апаратура. 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. Това е само едно от затрудненията, които ни предстои да преодолеем за подобряване здравето на нацията през периода 2014 – 2020 г.

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 действия от тези, които са по силите на традиционните подходи в здравеопазването.

Полемика ще има и трябва да има относно ролята на държавата в насърчаването на гражданите да се откажат от „приятните“ си, но нездравословни навици. Това, в което не можем дори да се съмняваме, са неблагоприятните обществени последици от тези индивидуални навици.

Полемика ще има и трябва да има относно строгото регламентиране на нивото на безопасност на физическите, химическите, биологичните и информационните фактори на външната и работната среда. Не могат да се отрекат трупашите се данни, 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 последици.

Ще се спори и трябва да се спори относно обхвата и съдържанието на социалните програми за намаляване на безработицата, неграмотността, облекчаване на бедността, които се явяват рискови фактори за възникване и разпространение на повечето от заболяванията. За цялостното реализиране на този стратегически документ, трябва да акцентираме и върху справянето с дълбоките социални проблеми, които влияят върху общественото здраве.

Националната система за здравеопазване има и ще продължава да има водеща роля в укрепването, опазването и възстановяването на индивидуалното, семейното и общественото здраве. Дискусии за обема, структурата и източниците на финансиране, организацията и управлението на тази система ще има и трябва да има.

Представените политики са оправдано 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 този документ са посочени пет цели на общественото здравеопазване, които са измерими и достижими (по една основна цел за всяка главна възрастова група) за периода 2014-2020 г.

Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. е оптимистична относно възможността за постигане на посочените пет цели, но е относително предпазлива по отношение на големите и трудни въпроси на индивидуалната воля и политическия консенсус. Това е така, защото никой програмен документ не може да даде изчерпателен отговор на тези въпроси.

ЕВРОПЕЙСКИ КОНТЕКСТ

В стратегията на Европейския съюз е заложен цялостен интегративен принцип насочен към интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. „Европа 2020“ предлага три подсилващи се взаимно 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.

На политиките, свързани със здравето е отредена важна роля в стратегията „Европа 2020“. 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 заздравява и подчертава връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението. Програмата е насочена към действия с ясна добавена стойност за ЕС в унисон с целите на стратегията „Европа 2020“ и настоящите политически приоритети. 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.

Финансовата криза изведе на преден план необходимостта от подобряване на икономическата ефективност на здравните системи. Държавите-членки 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, за да се гарантира, че тези системи са в състояние да осигурят висококачествено здравно обслужване за всички техни граждани както сега, така и в бъдеще.

Програмата „Здраве за растеж“ инициира прилагането на новаторски решения за подобряване на качеството, ефективността и устойчивостта на здравните системи, като поставя акцент върху човешкия капитал и обмена на добри практики.

Постигането на всички основни цели, определени в „Европа 2020 — Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж“², зависи от нарастването на иновациите в здравното обслужване, които обаче не се свеждат само до технологии и нови продукти. Става дума също за новаторски подход при организацията и структурирането на здравното обслужване, усвояването на ресурсите и финансирането на системите.

Други инициативи, с които трябва да бъде съобразена националната здравна стратегия са насочени към насърчаване на внедряването и оперативната съвместимост на решенията за електронно здравеопазване (e-Health), в т.ч. с цел да се подобри трансграничното използване на здравни записи на пациентите.

Програмата на ЕС предвижда да продължи да се оказва 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. Това е в съответствие с водещата инициатива за нови умения и работни места в рамките на стратегията „Европа 2020“, чийто акцент е върху гъвкавостта и сигурността, предоставянето на хората на уменията, необходими за

започване на работа днес и в бъдеще, подобряването на условията на труд и стимулирането на създаването на работни места.

Акцентът е върху проблемите, свързани със застаряването на населението и повишеното търсене на медицински грижи, като се отчита потенциала на здравният 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.

Общите цели на програмата „Здраве за растеж“ са насочени към единодействие на държавите-членки в посока за насърчаване на иновациите в здравното обслужване и увеличаване на устойчивостта на здравните системи, за да се подобри здравето на гражданите на ЕС и те да бъдат защитени от трансгранични заплахи за здравето.

В програмата се предвиждат възможности за създаване и укрепване на механизми за сътрудничество и процедури за координация между държавите-членки с цел набелязване на общи инструменти и най-добри практики, които пораждат полезно взаимодействие, носят добавена стойност за ЕС и водят до икономии от мащаба, подпомагайки по този начин провеждането на реформи при трудни обстоятелства:

- 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 да се допринесе за постигането 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 ХИВ/СПИН, като се постави акцент върху трансграничното измерение, с цел профилактика на болестите и подкрепа за постигане на добро здраве

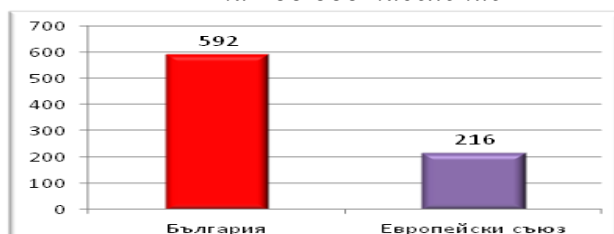
- изработване на общи подходи и доказване на ползата от тях за по-добра подготвеност и координация при извънредни ситуации във връзка със здравето с цел защита на гражданите от трансгранични заплахи за здравето.

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

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 нас е координираното прилагане на това законодателство.

Основните здравни показатели показват, че България има да работи много за постигане на по-добро здраве за гражданите си.

*Смъртност от болести на органите на кръвообращението през 2011 г.
на 100 000 население*



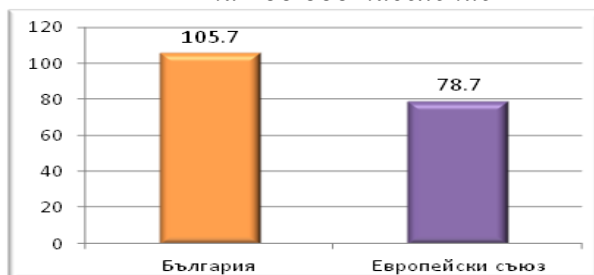
HFA – Mortality data base, January 2013; Стандартизирани коефициенти за смъртност

*Смъртност от мозъчносъдови болести през 2011 г.
на 100 000 население*



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

*Смъртност от исхемична болест на сърцето през 2011 г.
на 100 000 население*



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

*Смъртност от туберкулоза през 2011 г.
на 100 000 население*



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

НАЦИОНАЛНИ ИЗМЕРЕНИЯ

Здравната стратегия трябва да е в съзвучие с „Националната програма за развитие: БЪЛГАРИЯ 2020”, в която са определени основни приоритети и области на въздействие в здравеопазването:

- оптимизиране на разходите за здравеопазване и рационализация на инвестициите;
- промоция на здравословен начин на живот и профилактиката на болестите чрез икономически ефективни мерки за намаляване на основни рискови за здравето фактори;
- стабилизиране на здравноосигурителния модел и повишаване финансовата самостоятелност на здравния сектор, промяна в начина на финансиране на лечебните заведения;
- развитие на електронното здравеопазване и телемедицинските услуги;
- оптимизиране и подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси в здравеопазването и особено в спешната помощ;
- подобряване на достъпа до здравно обслужване за всички граждани и повишаване качеството на здравните услуги чрез непрекъснат контрол и мониторинг;
- 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 областите на въздействие, свързани с реализацията на приоритетите:

- дейности по повишаване качеството и ефективността на здравните услуги;
- иновации за устойчива и ефективна здравна система;
- подобряване качеството на здравното обслужване и осигуряване достъп на всеки гражданин до здравна помощ и услуги;
- икономически ефективни мерки за намаляване на основни рискови за здравето фактори и подобряване профилактиката на болестите;
- подобряване качеството на живот на децата и насърчаване на социалното включване;
- разработване и въвеждане на специфични дейности за рискови групи;
- разработване и въвеждане на мерки за осигуряване на условия за промоция на здраве и профилактика на болестите сред уязвимите групи;
- премахване на институционалния модел на грижа за възрастните хора и хората с увреждания чрез развитие на услуги за дългосрочна грижа и междусекторни услуги;
- 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;
- осъществяване на интегриран контрол по безопасността и качеството на храните.

Настоящата стратегия е основана на разбирането за междусекторното сътрудничество, възможностите за обединяване усилията на работещите в различните сектори на социално-икономическия живот и на регионалните общности за постигане на очакваните резултати за опазване и повишаване здравето на нацията.

Стратегията отчита всички мерки, заложили в наличните политически документи и стратегически виждания в областта на здравето, а именно:

- Концепция за по-добро здравеопазване

- Концепция за деинституционализация на децата от Домовете за медико-социални грижи
- Концепция за реструктуриране 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.)

Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. е изготвена на основата на задълбочен системен анализ и 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 профилактични 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.

Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г. и очакваните резултати налагат:

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. Ясно и точно формулиране на поставените цели за подобряване здравето на популациите:

- до 1 годишна възраст;
- от 1 до 9 годишна възраст;
- от 10 до 19 годишна възраст;
- от 20 до 65 годишна възраст;
- над 65 годишна възраст.

3. Организация, адекватно ресурсно и технологично осигуряване на държавните и обществените инициативи и действия, насочени към здравето;

4. Ползотворно междусекторно и научно здравно партньорство.

ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ

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

Основни характеристики на демографската ситуация в България са трайна тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване и свързаните с тях ниска раждаемост, нарастваща смъртност и отрицателно външномиграционно салдо, формирано предимно от млади хора.

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.

Демографската ситуация в България за последните години се характеризира със запазването на тенденцията на намаляване на населението, почти еднакви нива на раждаемост, смъртност и естествен прираст. Наблюдават се незначителни колебания през 2009 година, когато показателят за раждаемост е най-висок, коефициентът за смъртност най-нисък, а естественият прираст на населението - най-благоприятен.

Макар и слабо изразена, средната продължителност на живота в страната запазва тенденцията на нарастване и през последните пет години.

Население

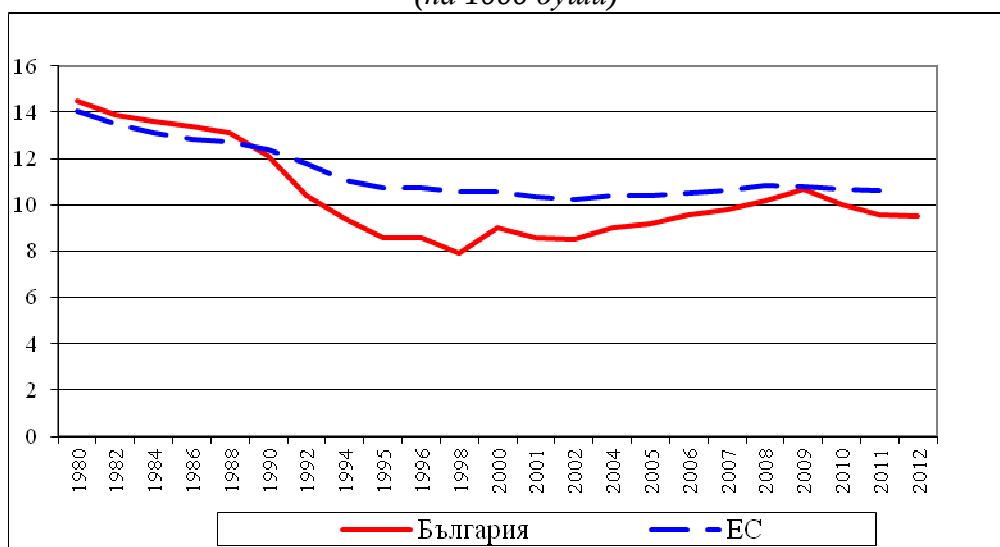
Постоянното население на България в края на 2012 г. е 7 282 041 души. В градовете живеят 72.9%, а в селата – 27.1%. Жените представляват 51.3% от

населението, а мъжете – 48.7%. Населението в България представлява 1.5% от населението на ЕС и нарежда страната ни на 16 – то място по брой на населението. Промените в броя и структурите на населението се определят от основните тенденции в демографските процеси.

Раждаемост

През 2012 г. намалява абсолютният брой на ражданията. 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‰. Тъй като броят на жените във фертилна възраст намалява, увеличеният брой на ражданията 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 падат 9.7 живородени деца, а на 1 000 души от населението в селата – 8.8 живородени деца. През последните години раждаемостта в България е на равнището на раждаемостта в редица европейски страни. Коефициентът на раждаемост общо за Европейския съюз е 10.6‰.

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



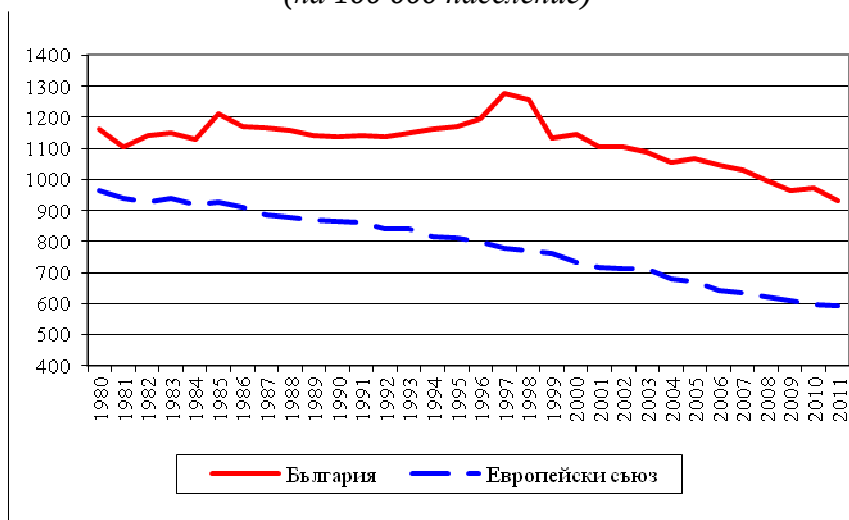
Броят на абортите през 2012 г. е 29 992, което е почти половината от ражданията в страната. Най-голям е дялът на абортите в най-плодовитите възрасти на жената – 25 – 29 г. (24.2%) и 30 – 34 г. (24.2%). Всеки 10 – ти аборт е извършен от лице на възраст до 19 години. Коефициентът за България (434 на 1000 живородени) е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС (222‰). Показателят за мъртвораждаемостта за страната (8.0‰) е около 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. През разглеждания период продължава тенденцията на увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на извънбрачните раждания. През 2012 г. относителният дял на извънбрачните живородени деца възлиза на 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.

Смъртност

Равнището на общата смъртност на населението през 2012 г. е 15.0‰. Броят на умрелите лица през последната година 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 високо равнището на общата смъртност на населението в България в сравнение с европейските страни. Коефициентът на смъртност общо за Европейския съюз е 9.7‰. България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност (932,87 ‰) сред страните от Европейския съюз. В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (591,66‰).

*Стандартизирани коефициенти за обща смъртност в България и ЕС
(на 100 000 население)*



България заема 5 първи места със стандартизираните коефициенти за смъртност от новообразувания; болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест; някои състояния, възникващи в перинаталния период. Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението за нашата страна остава двойно по-висок в сравнение с този за Европейския съюз.

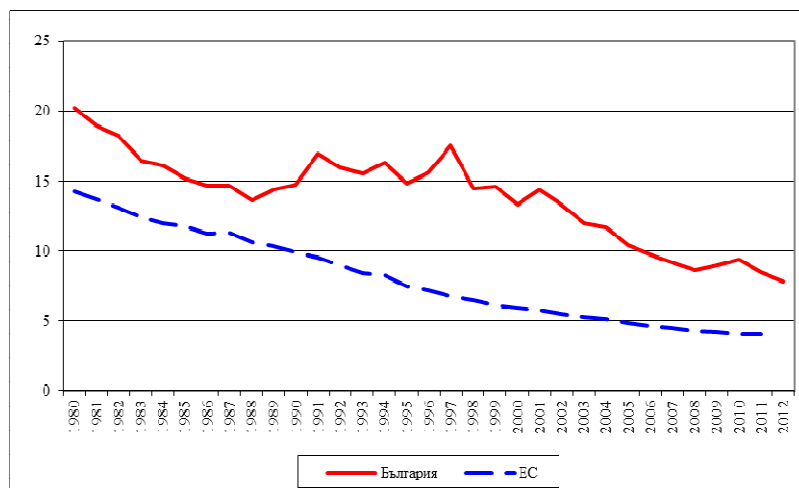
Преждевременна смъртност

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

Детска смъртност

През 2012 г. в страната са умрели 536 деца на възраст до една година. Коефициентът на детска смъртност е 7.8‰. Достигнатото равнище на детската смъртност е най-ниското в демографското развитие на страната. Независимо от положителната тенденция в намаляването на равнището на детската смъртност в страната, тя продължава да е по-висока от тази в европейските държави. Коефициентът на детска смъртност общо за Европейския съюз е два пъти по – нисък - 4.1‰.

Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)

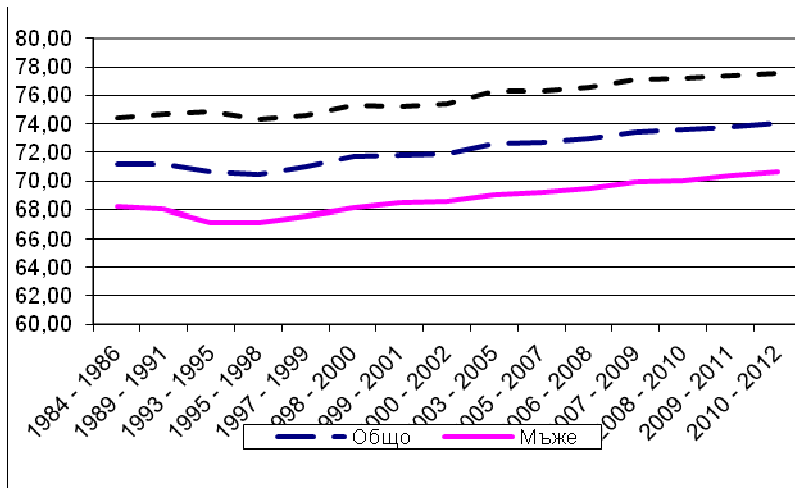


Перинаталната детска смъртност продължава да се задържа висока и през последните години. През 2012 г. възлиза на 11.0 на 1000 родени деца, като остава 2 пъти по-висока от средния показател за Европейския съюз (7.2‰). Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзрастови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, сравнени със средните стойности за ЕС. Неонаталната детска смъртност възлиза на 4.5‰ през 2012 г. Средната стойност на този показател в Европейския съюз (2.7‰) непрекъснато намалява и е близо 2 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 над два пъти по-висока от средната стойност за Европейския съюз (1.4‰).

Средна продължителност на живота

Макар и слабо изразена, средната продължителност на живота в страната запазва тенденцията на нарастване и през последните пет години. 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 6 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.86 години). Средната продължителност на живота за мъжете е по-ниска от тази за жените. За последния период (2010 – 2012) съответните стойности са 70.62 и 77.55 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.

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

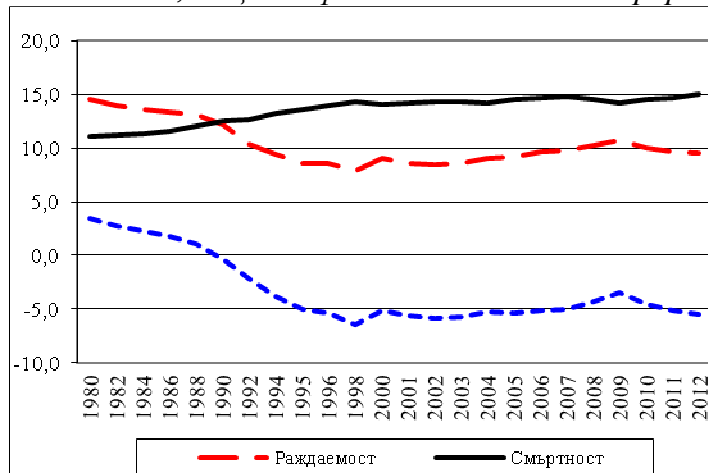


Броят и структурите на населението се определят от размерите и интензивността на неговото естествено и механично (миграционно) движение.

Естествен прираст

Разликата между ражданията и умираанията представлява естественият прираст на населението. 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 1990г. 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 в резултат на естествения прираст се дължи предимно на негативните демографски тенденции в развитието на населението, живеещо в селата.

Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1000 души)

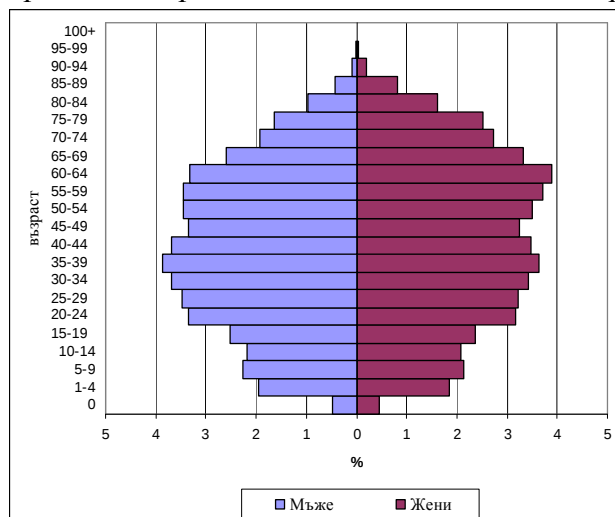


В Европа освен нашата страна с отрицателен естествен прираст на населението, но с по-ниски стойности, са Австрия, Италия, Португалия, Румъния, Литва, Германия и Унгария - от минус 0.4‰ до минус 4.0‰. Всички останали европейски страни имат положителен естествен прираст. Коефициентът на естествения прираст общо за Европейския съюз е 1.0‰. Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен и бележи нарастване.

Остаряване на населението

Като важен демографски проблем се очертава продължаващият процес на остаряване на населението. Той се изразява в нарастване на показателя за средната възраст на населението. Тенденцията на остаряване на населението се изразява и в промените на неговата основна 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. От позицията на бъдещото развитие трябва да се отбележи, че друг, не по-малко важен демографски проблем за България е значително ниският относителен дял на населението от 0 до 14 години. През 2012 г., този показател 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, излизайщи в пенсия, ще натовари допълнително социалната система.

Възрастова пирамида на населението в България



Процесът на остаряване на населението е характерен за по-голямата част от страните в Европейския съюз.

* * *

Общият анализ на резултатите за развитието на демографските процеси показва, че все още основни проблеми за демографското развитие на страната са задържащото се високо ниво на смъртността и сравнително по-ниската средна продължителност на

живота в сравнение с другите европейски страни, както и отрицателното външномиграционно салдо.

Заболеваемост и болестност

Заразни болести

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. В резултат се наблюдава намаление на случаите на остри ваксинопредотвратими заразни заболявания, но се увеличават ентероколитите с неуточнена етиология и зооантропонозите с бактериална, вирусна и паразитна етиология.

ХИВ инфекция

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 мъже са 123 случая (78 %) и 34 (22 %) са жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2012 г. са 64.

Активна туберкулоза

По данни на Министерството на здравеопазването в България през последните години се наблюдава тенденция за бавно намаляване на заболяемостта – 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. (2 407 случая) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 127 или 5 %, но въпреки това заболяемостта остава 2.2 пъти по-висока от средната в ЕС (12.2‰).

Злокачествени новообразувания

Данните за злокачествените новообразувания показват, че заболяемостта възлиза на 432.4‰ през 2012 г. Същият показател за Европейския съюз е по-висок (509.66‰). В голяма част от страните обаче, този показател, макар и по-висок, бележи тенденция на намаление.

Хоспитализирана заболеваемост

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 година са хоспитализирани 2 040 666 случаи (27 236.6‰). Най-висока е хоспитализацията в стационарите на лечебните заведения 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.

Броят на психично болните под наблюдение на психиатричните заведения намалява и през 2012 година показателят възлиза на 1 982%000. Данните по заболявания показват, че това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, афективно разстройство и др.

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.

Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане

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 намалено 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 намалена 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. броя на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст, с признати вид и степен на увреждане е 4 566 деца (при 4 797 за 2011г.) или 4.4 на 1000 население до 16 години. Най-голям е броят и дялът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 164(47.4%). Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (18.4%), 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).

* * *

Демографските процеси в България се характеризират с:

- трайна тенденция на намаляване броя на населението;
- ниска раждаемост;
- нарастваща смъртност;
- отрицателен естествен прираст;

- отрицателен външномиграционен баланс;
- постоянно застаряване на населението.

България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност по всички причини. Стандартизираният коефициент за смъртност на 100 000 души население в България, надвишава средния за ЕС по 17 причини. България заема 5 първи места по стандартизирания коефициент за смъртност от:

- новообразувания;
- болести на органите на кръвообращението;
- други болести на сърцето;
- мозъчно-съдова болест;
- някои състояния, възникващи в перинаталния период.

Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението остава двойно по-висок в сравнение с ЕС. Достигнатото равнище на детската смъртност през последните 4 години е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България и въпреки това остава 2 пъти по-високо, отколкото в ЕС. Неблагоприятни остават повъзрастовите показатели за детска смъртност – перинатална, неонатална, постнеонатална, сравнени с ЕС.

ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Здравеопазването, като всяка система, има свои характеристики, структура и организационна схема. Тя представлява обособена подсистема на цялостната общественно-икономическа система на страната, предлагаща и осъществяваща специфични здравни дейности. Здравната система зависи от влиянието на множество фактори – социално-икономическото развитие на страната, ресурсната осигуреност, нормативната база, и много други. Функционирането на здравната система е един от факторите, които оказват влияние върху здравето на гражданите. Здравната система се състои от здравни и лечебни заведения и органи за управление и контрол.

Структура на здравната мрежа

Таблица: Здравна мрежа и леглови фонд през 2011 и 2012 г.(данни на НЦОЗА)

Видове заведения	Брой		Легла	
	2011	2012	2011	2012
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко¹	315	312	44811	45 726
Многопрофилни болници	120	114	25500	24 912
Многопрофилни болница за активно лечение	119	113	25460	24 872
Специализирани болници	76	73	7837	7 755
Специализирана болница за активно лечение	39	37	3837	3 700
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	5	5	241	251
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	13	12	935	980

Специализирана болница за рехабилитация	19	19	2824	2 824
Психиатрични болници	12	12	2448	2 438
Частни заведения за болнична помощ	89	92	5799	6 916
Лечебни заведения за извънболнична помощ (по отчетите на лечебните заведения)				
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3569	3 575	-	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	4850	5 046	-	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	219	223	-	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	264	300	-	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2858	3 050	-	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	62	76	-	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	146	149	-	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – групови практики	1	1	-	-
Медицински центрове	559	575	617	588
Дентални центрове	49	49	6	7
Медико-дентални центрове	35	33	38	15
Диагностично-консултативни центрове	121	121	263	228
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1006	1 026	-	-
Други лечебни и здравни заведения				
Комплексни онкологични центрове	7	7	1152	1 144
Центрове за кожно-венерически заболявания	10	8	100	80
Центрове за психично здраве	12	12	1328	1358
Центрове за спешна медицинска помощ	28	28	-	-
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология	4	4	-	-
Домове за медико-социални грижи за деца	31	30	3756	3 624
Хосписи	49	41	790	802
Национални центрове без легла	7	7	-	-
РЗИ	28	28	-	-
Санаториални заведения	4	1	674	244

Основната задача на здравната система, организирана на определени принципи, е предоставянето на здравна помощ при оптимално използване на предоставените от обществото ресурси.

Осигуреността с болници в България е почти два пъти по-висока стойност 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‰.

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

Преобладава като форма на организация на работа индивидуалната практика. Груповите практики, които дават по-добри възможности за осигуряване на качествена първична извънболнична помощ, са 5.72%, за разлика от европейските страни, където съотношението е в полза на груповите практики.

Общата осигуреност на населението в Република България с лекари в първичната извънболнична помощ през 2011 г. е 6.8 общопрактикуващи лекари на 10 000 души население, а средният брой население на 1 ОПЛ е 1508 души.

През 2012 г. специализираната извънболнична медицинска помощ 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. Трябва да се отчете повишаването на броя лечебни заведения за специализирана медицинска помощ през 2012 спрямо 2011 г.

Специализираната извънболнична помощ по дентална медицина се осъществява от 49 дентални центъра, 76 индивидуални специализирани практики по дентална медицина и 1 групов практика по дентална медицина. През 2012 г. функционират и 33 медико-дентални центъра (с два по-малко от 2011) и 1026 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. С най-голям брой разкрити лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ са София-град и областите Пловдив и Варна.

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, 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 болничните заведения (в т.ч. диспансери) през 2011 г.

През 2012 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат с 45 726 болнични легла.

Осигуреността на населението с болнични легла през 2012 г. е 62,79 на 10 000 души.

В структурата на публичните лечебни заведения за болнична помощ през 2012 г. доминират многопрофилните болници - 114 или 36,54%, следвани от специализираните болници - 73 или 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.

Броят на леглата в частните болници през 2012 г. е 6916 легла, което е 15,12 % от болничния леглови фонд.

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.

Изградената структура осигурява относително равномерно покритие на спешна медицинска помощ на територията на цялата страна, като приблизително 58% от населените места в страната са 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 със 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.

Човешки ресурси

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 показатели (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. 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. работещите лекари по дентална медицина са се увеличили спрямо предходната година. от 6 655 на 6 706. Осигуреността с лекари по дентална медицина е 92, при показател за ЕС – 66‰.

През 2012 г. нараства броя 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.

Налице са регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ. Осигуреността с лекари по области варира от 25.6 до 50.2 на 10 000 души от населението, като е най-висока в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници. 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 учебните бройки 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 в медицинските университети нараства, но 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.

Студентите са особено чувствителни към:

- качеството на образованието (учебни програми и организация на учебния процес), което получават (магистърските програми за студентите по здравни грижи не са надграждащи, а по-скоро преповтарят програмите от бакалавърската степен);
- практическото обучение, което е недостатъчно и често се провежда в условия на самообучение;
- практиките за толериране на чуждестранните студенти в медицинските университети и силно занижените критерии за дипломирането им;
- неясните условия за кариерно развитие, които съществуват в страната ни, към проблемите на здравната система и ниското заплащане на медицинските специалисти.

Това са и основните фактори, които водят до решенията за професионална реализация извън страната.

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, не леките 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, "ниската здравна култура" и "липса на профилактика", 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" .

Общественият образ на общопрактикуващия специалист е негативен. Той е синоним на работа без специалност, в отдалечени или високопланински населени места, в мизерни условия за работа, без необходимите средства и апаратура.

При новите условия - членството ни в ЕС, свързано със свободно движение на професионалисти, съществува реална опасност от намаляване на техния брой поради миграция, която вече 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, 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 явлениято, 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.

Рискови фактори

Поведенчески рискови фактори

В структурата на факторите на риска за смъртност, поведенческите фактори - тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно и небалансирано хранене, ниска физическа активност заемат водеща роля.

Тютюнопушене

Тютюнопушенето е една от доказаните, водещи предотвратими причини за болестност и смъртност. 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. Съгласно 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%. 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.

Голяма загриженост предизвиква тютюнопушенето при българските деца. От изследваните 13-15-годишни ученици през 2008 г. правилите опит да пушат са 58.8%, като 56.1% са момчета и 61.3% са момичета. Данните от Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD), проведен през 2011 г., сочат, че в 30 страни, участващи в проекта, между 26 и 78% от учениците са пушили цигари поне веднъж в живота си, като в България това са 66% от младежите, 62% от момчетата и 71% от момичетата. В сравнение с 1999 г. се наблюдава намаление със 7% на този индикатор.

Консумация на алкохол

Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите в развитите страни. В Европейския съюз вредната и рисковата консумация на алкохол е отговорен за 12% от преждевременната смъртност при мъжете и 2% от преждевременната смъртност при жените. Резултати от проучване на НЦОЗА показва, че 23.2% от населението (39.5% от мъжете и 7.3% от жените) употребяват алкохол редовно; 13.8% (19.8% от мъжете и 3.8% от жените) консумират концентрати всеки ден. Данни на НСИ показват значимо нарастване на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната за периода 1999-2011 г. основно

поради покачването през годините на употребата на бира с около 5 л и незначителния спад на консумацията на традиционните за България вино и ракии. През 2011 г. е нараснал и средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия до 380 лв. на година.

По отношение на подрастващите, „Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици” (ESPAD), показва, че сред 16 годишните, употребата на поне едно питие през последните 30 дни е при 57% през 1999 г., 65% през 2003 г., 66% през 2007 г. и 65.2% през 2011 г. Резултатите показват, че през 2007 г. 21% от учениците (25% момчета и 18% момичета) са се напивали поне веднъж през последните 30 дни, като през 2011 г. тези показатели са съответно 20.4% (23.6% и 18.1%).

Нездравословно и небалансирано хранене

Анализът на хранителния модел на населението в България на базата на ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България, провеждани от НСИ, показва, че се запазват някои 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 препоръчваните 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.

Хранителният модел на българина остава небалансиран, с висок дял на наситени мазнини, захар и сол. Данните от Национален мониторинг на храненето на населението в България 2004 год., показват, че 68.8% от изследваните лица в активна трудоспособна възраст консумират сол над препоръчваните 5 г на ден.

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 препоръчваните 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

витамины и минерали са групите на децата, младите жени, бременните жени, старите хора и лицата с ниски доходи. При всички популационни групи над 1-годишна възраст е нисък средният дневен прием на фолиева киселина, витамини B2, B1, B6, витамин C 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 повлияват неблагоприятно неговото качество. 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 год. изследване за оценка на хранителния прием и хранителния статус 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 %. Идентифицирани са основните рискови фактори за свръхтегло и затлъстяване при децата - 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.

Ниска физическа активност

Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. Тя формира 3.5% от глобалното бреме на болестите в Европейския регион на СЗО (от 1.8% до 5.6% за отделните страни) и е причина за 3.3%-11.2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4.3% и 7.7%. Обездвиженият начин на живот е широко разпространен сред всички възрастови групи на населението в България. По данни на Национално изследване за факторите на риска за хроничните незаразни болести, над 80% от анкетираните са с недостатъчна физическа активност през свободното време. Не практикуват въобще физически упражнения 74.6% от тях. Ниска е честотата на извършваните енергични и умерени физически натоварвания през седмицата, недостатъчна е тяхната продължителност. Особено сериозен е проблемът с ниската физическа активност при децата в ученическа възраст. Национално представително проучване при ученици на възраст 6-19 г. през 2010-2011 г. показва, че с препоръчаната физическа активност от минимум 60 минути на ден са само 24% от изследваните деца, а 35% от децата са физически активни по-малко от два дни в седмицата. Физическите занимания, в рамките на учебните програми в училищата, са недостатъчни за поддържане на добро здраве, което налага извършването на допълнителни физически натоварвания през свободното време. Изследване за честотата и продължителността на физическата активност на учениците на възраст 7-19 г., извън училищната програма, показва, че само 14-21% от момчетата и 8-11.4% от момичетата извършват умерена физическа активност поне 1 час дневно. Проучване на Института за социални изследвания и маркетинг посочват като причини за ниската физическа активност на населението у нас: недостатъчното свободно време (50%); невъзможността за допълнителни финансови разходи (14%); липсата на близко/удобно място за спорт до дома/работното място (12%).

Наркотици

По данни от проучвания, извършени през 2005-2007 г. от Националния фокусен център към Националния център по наркомании, около 315 000-330 000 български граждани от 15 до 60 г. поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотично вещество. През следващите години в България се наблюдава определено развитие в основните показатели, свързани с употребата на наркотици, което като процес съответства на общите тенденции в Европейския регион. Така през 2008 г. около 430 000-475 000 български граждани от 15 до 64 години имат минимум една употреба на наркотик през живота си.

Показателен факт е, че при различните вещества (с изключение на сънотворните и транквилизаторите) употребата сред младите хора е 2 пъти по-голяма (като относителни дялове), отколкото сред цялото население, т.е. младите хора на възраст между 15 и 34 г. представляват около 88-90% от всички лица във възрастовия диапазон 15-60 г., които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик.

Данните от II Национално представително изследване през 2009 г. сред студенти показват, че 38.9% от тях са опитвали някакъв наркотик поне веднъж в живота си (през 2006 г. – 35.2%). Канабисът (и по-специално марихуаната) е най-масово използваното незаконно вещество. Следва групата на употребили синтетични стимуланти – предимно амфетамини и вещества от типа на екстази.

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. Отбелязва се тенденция за общо увеличение на броя на учениците, употребили незаконни наркотични вещества в живота си, като за 12 години между 1999 и 2011 г. делът на учениците с опит в употребата на незаконни наркотици се е увеличил с 12% или приблизително двойно (през 1999 г. - 14%, през 2003 г. - 22% и през 2007 г. - 24%), Това влиза в известно противоречие с оформящата се тенденция на лек спад в повечето европейски страни.

В рамките на последните дванадесет години (от 1999 до 2011 г.) и при общите тенденции, 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. Може да се каже, че се очаква увеличение на употребата на метамфетамини през следващите години в България, както е и в Европа като цяло.

Наличните данни показват, че през 2009 г. проблемна употреба на наркотични вещества се установява при 6.01 на 1000 души от населението над 15-годишна възраст. Броят на проблемно употребяващите хероин през последните няколко години остава сравнително постоянен и стабилен – 20000 и 30000, с леки индикации за започващо намаляване. Според оценки на експерти, вероятният брой на проблемно употребяващите кокаин за цялата страна се оценява на около 1 000-2 500, а тези на амфетамини и други стимуланти – на около 2 000-3 500 лица.

Рисково сексуално поведение

Рисковото сексуално поведение в юношеска възраст и последствията от него водят до неблагоприятия в репродуктивното здраве и до високи разходи в сферата на здравеопазването, свързани с необходимостта от лечение на стерилитет и асистирана репродукция. Абортите и бременностите сред момичетата продължават да са с висока честота, макар че за последните 3 години (2008-2010 г.) се наблюдава тенденция за намаление на броя на абортите до 15-годишна възраст, от 15 до 19-годишна възраст,

както и броят на родилите до 19 години. Запазва се относителният дял на абортите във възрастта до 19 години – всеки десети аборт е на момиче до 19 години (9.69% за 2010 г.). Тази неблагоприятна тенденция налага въвеждането на системно сексуално и репродуктивно здравно образование в училищата, достъп до подходящи за тази възраст услуги, предоставяне на съвременни контрацептиви от държавата, на преференциални цени и др. 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 процентът 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..

Като цяло може да се направи извод, че 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 промяна на знанията и поведението на младите хора на възраст 15-24 г. по отношение на ХИВ. Необходимо е да се финализира и приеме Националната програма по сексуално и репродуктивно здраве, в рамките на която да се адресират контрацептивните модели на българското население и да се осигури достъп на младите хора на възраст 15-24 г. до подходящи услуги и безплатни или на ниски цени контрацептиви.

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 много малък.

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 прегаряне и самоубийства.

Чести психични разстройства са тези, които не водят до тежка социална дисфункция. Въпреки своето относително по-леко протичане, тяхното епидемиологично значение е сериозно, тъй като влошават качеството на живот и намаляват работоспособността. Една немалка част от тях не достигат до адекватно лечение и водят до хронифициране. По данни от епидемиологични изследвания (ЕПИБУЛ) честите психични разстройства обхващат една пета от населението на страната. Разпределени по вид те се подреждат така: тревожни разстройства (11,4%), афективни разстройства (6,2%), зависимости - 3,3%, личностови разстройства (1.1%)

Синдром на прегаряне - няма данни за неговото разпространение в България, но в световен мащаб все повече се обръща внимание на неговото значение 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. Въвеждането на превантивни програми, свързани с ранно диагностициране на този проблем и съответна рехабилитация с използване на възможностите, които предоставят службите за трудова медицина, ще създаде условия за намаляване както на пряката уязвимост от този синдром, така и на свързаните с него отдалечени последици (депресии, суициден риск и пр.)

Самоубийства и опити за самоубийства

За периода 2009-2011 г. се наблюдава значимо намаляване на средната възраст на хората, посегнали на живота си. Същевременно нараства пределната възраст на хората, посегнали на живота си, както и разликата в годините между най-възрастният и най-младият суицидант. Наблюдава се увеличение както на опитите, така и на завършените суициди. Броят на хората със суицидни опити в работоспособна възраст е 2 пъти по-голям. Във възрастовата група над 65 г. се наблюдава висок процент на завършените суицид, т.е. почти всеки опит приключва със смърт.

Таблица 2. Брой на опитите за самоубийства (със смъртен и без смъртен изход) за периода 2009-2011 г.

Показател	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Общ брой опити	2712	2799	3153
Със смъртен изход	673	783	796
Без смъртен изход	2039	2016	2357

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 качеството на атмосферен въздух, води и почви. В райони с установен екологичен риск са разработени програми за редуциране замърсяването на компонентите на околната среда.

Атмосферен въздух

Независимо от предприетите конкретни мерки, качеството на атмосферния въздух е все още проблем, особено по отношение аерозолите на праха. Приблизително 60% от населението на страната е системно експонирано на наднормени нива на фини прахови частици (ФПЧ10), 22% от населението – на наднормени концентрации на азотни оксиди и значително по-малък процент, предимно епизодично, на повишени нива на серен диоксид и озон. Въпреки че маркират тенденция към намаление, аерозолите на тежките метали (кадмий и олово), продължават за бъдат съществен проблем за и потенциален риск за здравето на населението от районите на Кърджали и Пловдив. Други атмосферни замърсители, които въпреки наблюдаваната през последните години благоприятна тенденция към намаление, са все още проблем за гъсто населените градски райони (София, Пловдив), а освен това притежават и канцерогенен потенциал, са полиароматните въглеводороди (ПАВ).

Качеството на въздуха в сградите се определя и от концентрацията на естествения източник на ЙЛ в сградите – радон. Според експертите на СЗО, след

тютюнопушенето радонът е вторият по значимост фактор, предизвикващ рак на белия дроб. В България няма системна информация за облъчването от радон в сгради.

Питейни води

От ключово значение за индивидуалното и общественото здраве е достъпът до непрекъснато водоподаване и безопасна питейна вода. Около 10% от общото бреме на болестите може да бъде предотвратено чрез подобряване на водоснабдяването, канализацията, хигиената и управлението на водните ресурси (СЗО, 2011).

Средният дял на населението в страната, свързано със системата на общественото водоснабдяване е 99.2% (2011 г.), което показва висока степен на достъпност и осигуряване на потребителите с вода за питейно-битови нужди, качеството на която е обект на мониторинг.

По данни на МЗ през 2011 г. за целите на питейно-битовото водоснабдяване в страната са експлоатирани 6357 водоизточника, от които 248 повърхностни. Само на 112 от тях (45.1%) са изградени съоръжения за пречистване, съгласно нормативните изисквания, което крие определен риск за качеството и безопасността на питейната вода, подавана от такива източници. Рискове в това отношение създава и запазващото се лошо техническо състояние и високата степен на амортизация на водопроводните системи, и възникващите вследствие на това чести аварии, както и несистемната и нерядко несъответстваща на съвременните технологии дезинфекционна обработка.

Качеството на питейната вода по микробиологични показатели е с приоритетно значение с оглед потенциалната епидемична опасност от предавани по воден път патогени. През периода 2007-2011 г. има тенденция към намаляване на несъответствията по микробиологични индикатори. Средната стойност за страната е 4.41% за 2010 г. при 2.87% за 2011 г.

Въпреки предприетите през годините мерки за ограничаване на замърсяването на природните води, смяната на водоизточниците за питейно-битово водоснабдяване или промяна в технологичната схема на водоподаване, все още е налице експозиция на населението на повишени нива на нитрати, флуориди, хром и арсен 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 в детска възраст.

По отношение на индикаторните химични показатели най-често отклонения от нормите се регистрират по 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. Във водопроводната мрежа на някои селища концентрациите достигат нива, които създават проблеми при ползването на водата в бита, изключват възможността за употребата ѝ като питейна и създават предпоставки за индиректен риск за населението.

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.

Води за къпане

Потенциалният здравен риск е свързан основно с възможността за предаване и разпространение на инфекциозни заболявания на стомашно-чревния тракт и кожата. Качеството на водите по мониторираните микробиологични индикатори е динамично, като през 2011г. 96.8% от зоните за къпане отговарят на задължителните изисквания, при средна стойност 98.2% за ЕС, и 49.5% - на препоръчителните изисквания, при стойност 77.1% за ЕС.

Причина 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.

Почви и отпадъци

Актуални изследвания доказват отсъствие на прогресиращо замърсяване на почвата с тежки метали от промишлеността, транспорта и енергетиката в национален мащаб, което е благоприятно с оглед опазване здравето на населението. Резултати от проведени изследвания в рамките на Националната мрежа за почвен мониторинг за периода 2005-2010 г. доказват средни стойности на тежки метали значително под максимално допустимите концентрации (МДК), което като цяло потвърждава тяхната безопасност. Въпреки това, следва да се има предвид, че 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 с оглед осигуряване на заложените национални цели по укрепване на здравето и предотвратяване на заболяванията.

Съгласно Националната програма за управление на дейностите по отпадъците за 2007-2013 г., съществуват редица проблеми, свързани с управлението на отпадъци от опаковки, отпадъци от моторни превозни средства, негодни за употреба батерии и акумулатори, отработени масла и отпадъчни нефтопродукти, отпадъци от електрическо и електронно оборудване, отпадъци от лечебни заведения и др. Решаването им би имало пряк положителен ефект върху чистотата на жизнената среда и върху здравето на населението.

Съществено изискване за поддържане на здравословни условия на средата е и осигуряването на качествено управление на битовите отпадъци. По данни на Националния статистически институт годишно всеки българин изхвърля над 400 кг битови отпадъци. Голяма е вероятността те да съдържат токсични или инфекциозни компоненти и впоследствие, след изхвърлянето на отпадъка, да причинят замърсяване на околната среда и да повишат здравния риск за населението.

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. За профилактика на неблагоприятните здравно-екологични ефекти от разпространението и въздействието на фактора шум, от 2006 г. в България функционира Национална система за мониторинг на шума в околната среда (директива 2002/49/ЕО за контрол и управление на шума в урбанизирана среда). Данните отразяват шумовите нива, създавани главно от транспорта в 36 града на страната (всички областни градове и девет общини). От проведените през 2010 г. контролни измервания

на градския шум в общо 696 пункта е установено превишаване на допустимите нива в 481 (69%) от контролните пунктове, като процентното съотношение от 2009 г. се запазва. През 2011 г. относителният дял на пунктовете с превишени шумови нива се повишава. Влошава се акустичната обстановка в зони, подлежащи на усилен шумова защита, прилежащи към детските, лечебните и учебните заведения, жилищата и местата за отход и рекреация. Проведените измервания в общо 727 пункта показват, че регламентираните допустими шумови нива са превишени в 522 от контролните пунктове в страната, което представлява 72% от общия брой контролирани зони.

Най-силно влияние върху акустичната обстановка оказва транспортният шум – неговият дял е 80-85% от общото шумово натоварване в градовете. Непрекъснатото увеличаване броя на моторните превозни средства в движение и грешките в градоустройственото планиране са основните причини за оформянето на урбанизирана среда с неблагоприятен за човешкото здраве акустичен режим.

Йонизиращи лъчения (ЙЛ)

Рискът от въздействието на йонизиращите лъчения за здравето на работещите и населението като цяло е известен отдавна. Вредното влияние на този физичен фактор не може да бъде избегнато напълно, затова целите на провежданите политики е това въздействие да бъде оптимизирано и намалено колкото е практически възможно.

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. За последните 5 години средният брой изследвания се променя незначително. През последните десетилетия бяха внедрени редица нови технологии, използващи ЙЛ в медицината (компютърна томография, позитронно-емисионни томографи, по-ефективни радиоизотопи и хибридни методи за диагностика и терапия). Тези методи водят до по-високи дози на облъчване на пациентите в сравнение с традиционните и създават по-висок риск за здравето на работещите.

Около 50% от облъчването на населението от естествени източници се дължи на радона. След анализ на най-новите научни данни за риска за здравето от облъчване с радон, през 2009 г., Международна комисия за радиационна защита (МКРЗ) заяви, че те свидетелстват за 2 пъти по-голям риск отколкото се смяташе.

За профилактика на неблагоприятните здравни ефекти от въздействието на ЙЛ се оценяват дозите на професионално облъчвани лица, обхванати в национална система за индивидуален дозиметричен контрол. Осъществява се наблюдение и контрол на здравословното състояние на 10 000 професионално облъчвани лица в България.

Обобщено, нивото на радиационната защита в страната е приемливо и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област.

След влизането на България в ЕС законодателството в сектора бе хармонизирано с основните директиви на Евратом. Настъпилите след това съществени промени, произтичащи от публикация № 103 (2007) на МКРЗ и публикация № GSR част 3 „Международни основни норми за радиационна защита“ на МААЕ (2011), и след публикуване на новата директива “Директива на Съвета относно установяване на основни норми на безопасност за защита здравето на работниците и населението от опасностите, произтичащи от йонизиращите лъчения“ предстои цялостна ревизия и

надграждане на българското законодателство в областта на радиационната защита в срок, определен от ЕС.

Нейонизиращи лъчения (НЙЛ)

Нейонизиращите лъчения (НЙЛ) продължават да са сред приоритетите на СЗО по отношение на здравето на населението. Същевременно 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.

От 2010 г. е в ход проектът за промени за въвеждане на изискванията на Европейското законодателство в Закона за здравето, както и последващи изменения в други подзаконовни актове. За завършване на процеса е необходимо разработените промени в Закона за здравето, както и Наредбата за защита на населението от електромагнитни полета да бъдат въведени в действие.

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). Това налага въвеждане на национално законодателство за безопасно приложение на солариумите от населението.

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.

Трудова среда

Основните индикатори за здравето на работещите са трудовите злополуки (ТЗ), професионалните заболявания и свързаните с труда увреждания и заболявания. След въвеждането на превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа (ЗЗБУТ /1997 г) общият брой на ТЗ, както и броят на изгубените календарни дни, съществено намаляват. Същевременно до 2008 г. включително, се наблюдава тенденция за увеличаване на броя на смъртните ТЗ. Едва през 2009 г. броят на смъртните ТЗ намалява рязко, което е в съответствие с установената в страните от ЕС устойчива тенденция за намаляване както на общия брой на ТЗ, така и на тези със смъртен изход и трайна неработоспособност в резултат от превантивните дейности на

работното място. През периода 2010-2012 г. се наблюдават вариации, от порядъка на 1-3%, в общия брой на ТЗ, докато броят на смъртните ТЗ се понижава по предварителни данни за 2011 и 2012 г.

В голяма степен професионалните заболявания и свързаните с труда увреждания и заболявания зависят от условията и организацията на труда. Все още има висока заетост на работещи в традиционно рисковите икономически сектори, по-висок дял на работещите, изложени на рискове за здравето и безопасността на работното място (физични, химични, биологични, ергономични). В последните години се наблюдава тенденция за подобряване на условията на труд и намаляване на експонираните работещи на физични и химични рискови фактори и увеличение на дела на работещите в условия на стрес при работа, свързани с психосоциалните фактори. Излагането на психосоциални рискове може да засегне психическото и физическото здраве.

Мускулно-скелетните увреждания са най-често срещаните здравни проблеми, свързани с работата. 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.

Независимо от предприеманите системни мерки за подобряване условията на труд, вредното въздействие от експонирането на йонизиращи лъчения не може да бъде избегнато. Рискът от развитието на късни, стохастични ефекти може да бъде намален до приемливи нива чрез оптимизиране на процедурите, въвеждане на добри производствени практики, продължаващо професионално обучение и насочен предварителен и периодичен контрол на здравето на работещите.

За подобряване на здравето и повишаване на работоспособността на работещите е необходима оценка на риска не само от физични, химични и биологични фактори на работната среда, но е задължително и отчитането на ергономични и психосоциални фактори, тъй като ефективната им превенция може да допринесе за значително подобряване здравното състояние на работещите. Добрите практики в ЕС включват и проследяване на работоспособността – показател, тясно свързан със здравето на работещите и индикатор за ранна инвалидизация.

КЛЮЧОВИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА

Основните ключови предизвикателства, стоящи пред нашата нация в областта на здравето обобщено 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
 - 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;
- Повишаващи се нива на рисковете, свързани с околната среда и поведенческите фактори, влияещи върху осигуряване на благоприятни условия на живот и труд на населението;
- Повишаващ 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 на утрешния ден, свързани със здравето на нацията.

ВИЗИЯ

Настоящата стратегия има за цел подобряване качеството на живот на българските граждани и създаване на условия за пълноценна реализация посредством осигуряване на достъпни, качествени и базирани на научните доказателства здравни и медицински услуги, независимо от техния пол, възраст и социален статус.

Промотивните и профилактичните мерки са основният фокус на тази Стратегия. За целта, приоритетите ще бъдат постигнати чрез провеждането на специфични интервенции и прилагане на интегриран подход, чрез който да се развият нови модели за справяне с проблемите, свързани със здравето, здравните услуги и рисковите фактори и/или да се допълнят провежданите към момента политики в посочените области.

Другият фокус на Стратегията е свързан с осигуряване на качество и ефективност във всички действия, предприемани от държавата по осигуряване на здравни услуги и подобряване качеството на живот на българските граждани.

ПРИНЦИПИ

Настоящата стратегия се основава на следните принципи:

- **Превантивност на мерките** – предприемане на действия за отстраняване на причините за негативните явления в обществото, свързани с начина на живот, психосоциални и системни фактори, фактори на околната среда;
- **Устойчивост и дългосрочен ефект на постигнатите резултати** – трайност и дългосрочно въздействие на постигнатите ефекти от реализираните политики;
- **Ефективност и ефикасност** – реализиране на програми и мерки след анализ на потребностите, съгласуваност и адекватност на целите;
- **Недопускане на дискриминация** – осигуряване на равни възможности, пълноценно и активно участие във всички области на обществения живот;
- **Солидарност и партньорство** – създаване на условия за взаимодействие, консултации, открит диалог и споделяне на отговорността между всички заинтересовани страни.

НАЦИОНАЛНИ ЦЕЛИ, ПРИОРИТЕТИ И ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАЦИОНАЛНИ ЦЕЛИ

Поставените в **Националната здравна стратегия 2014 – 2020 г.** национални цели за профилактика на заболяванията и подобряване здравното състояние на българския народ през периода 2012 – 2020 г. **са свързани с основните здравни проблеми и с онези рискове за здравето, които подлежат на профилактика и са насочени към намаляване на заболяемостта и смъртността и подобряване на здравето през всички етапи на човешкия живот:**

Цел 1: В ранното детство - подобряване здравето на децата от 0 до 1 годишна възраст, намаляване на детската смъртност с 20% до 2020 г. в сравнение с 2011 г. т.е. снижение от 8,5 на 6,8 на 1000 живородени деца;

Цел 2: В късното детство - подобряване здравето на децата от 1 до 9 годишна възраст, намаляване на детската смъртност с 20% до 2020 г. в сравнение с 2011 г. т.е. снижение от 0,3 на 0,24 на 1000 деца от същата възрастова група;

Цел 3: В юношеството - подобряване здравето на децата от 10 до 19-годишна възраст, намаляване на детската смъртност с 20% до 2020 г. в сравнение с 2011 г. т.е. снижение от 0,40 на 0,32 на 1000 лица от същата възрастова група;

Цел 4: В икономически активната възрастова група - подобряване здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20-65 години). Намаляване на смъртността с 20% до 2020 г. в сравнение с 2011 г. т.е. снижение от 5,24 на 4,19 на 1000 лица от същата възрастова група;

Цел 5: Във възрастовата група над 65 години - подобряване здравето на лицата над 65 годишна възраст и създаване на възможности за активен живот на възрастните хора. Намаляване на хоспитализациите с 20% до 2020 г. в сравнение с 2011 г. т.е. снижение същите от 452,8 на 362,2 на 1000 човека от тази възрастова група;

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 са разработени в дълбочина 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 на спешна медицинска помощ

Приоритетна област 5.

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

Приоритетна област 6.

Детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване

Приоритетна област 7.

Активна политика в областта 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.

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 заложените пет национални цели, основните ключови политики до 2020 г. могат синтезирано да бъдат определени в следните направления:

Политика 1: Ефективно управление, укрепване на административния капацитет и междусекторното сътрудничество

Политиката обхваща дейности и мерки за ефективно управление на системата на здравеопазване и укрепване на административния капацитет на всички управленски нива – национално, регионално, общинско, институционално, както и мерки за подобряване на междусекторното сътрудничество при реализиране на политиките, имащи отношение към здравето. Като елемент на политиката се включват и дейности за укрепване на капацитета на държавната администрация за разработването на общи инструменти и механизми на равнището на ЕС, които да помогнат държавните власти при провеждането на политиките, имащи отношение към здравето на нацията.

За реализация на политиката Министерството на здравеопазването си взаимодейства с всички министерства, имащи пряко или косвено отношение към здравето на обществото, най-вече 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 реализира в практиката чрез създадени механизми за взаимодействие. Партньорството ще се прилага на съответни йерархични нива – между министерства, между отдели на министерствата, между министерства и други институции, между национални институции и международни такива, между национални, регионални и локални нива на управление.

В рамките на здравната система също следва да се подобри административния капацитет за прилагането в медицинската практика на изискванията на съвременното поведение по отношение на някои специализирани дейности като прилагане на стандарти за безопасност, качество и безопасност по отношение на кръвта, органите, тъканите и клетките, фармацевтичните продукти, правата на пациента и др.

Необходимо е развитие на административния капацитет на Министерство на здравеопазването 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.

Акцент в политиката е осигуряването на условия за укрепване на административния капацитет и подобряване на уменията за реализиране на здравни политики на регионално, областно и общинско ниво.

Създаването и функционирането на Националната здравно осигурителна каса, реструктуриране на част от структурите на Министерство на здравеопазването – сливането на РЗИ и РИОКОЗ в Регионални здравни инспекции, определянето на нови функции на съществуващите Национални центрове, агенции и създаването на нови постави нови предизвикателства по синхронизирането на тяхната дейност и укрепването на административния капацитет в системата на здравеопазването.

Политиката е насочена и към повишаване ефективността на болничния мениджмънт. Преобразуването на лечебните заведения в търговски дружества наложи необходимостта от търсене на баланс между ролята на търговски субекти и на лечебни заведения, произвеждащи здравни услуги. Установеният модел за управление, контрол и оценка на управленската дейност следва да е ориентиран към решаване на констатираните в процеса на работа трудности. Опитът до момента показва, че са необходими целенасочени усилия в насока изграждането и подобряване на управленския капацитет. Усилия са необходими и за постоянното актуализиране на методите за оценка на ефективността на работа на управителните органи на лечебните заведения за болнична помощ, като се отчита спецификата на сектор „Здравеопазване“.

МЕРКИ:

- развитие на административния капацитет за планиране и изпълнение на политиките, имащи отношение към здравето, на всички нива на управление;
- разработване на методологически и методически стандарти и инструменти за стратегическо и оперативно планиране с оглед подобряване на съгласуваността на политиките и действията;

- подобряване механизмите и процедурите за взаимодействие между институциите, в т.ч. и със институциите на ЕС;
- създаване и въвеждане на системи за мониторинг и оценка на въздействието на политиките, имащи отношение към здравето;
- въвеждане на ефективни системи за управление и контрол на лечебните заведения;
- изграждане на административен капацитет за активно участие в дейността на структурите на ЕС по въпросите на здравето;
- усъвършенстване на административния капацитет за ефективно усвояване и управление на средствата от структурните фондове на ЕС;
- осигуряване на административния капацитет за осъществяване на качествен и ефективен контрол и мониторинг на медицинските дейности, употребата на лекарствени средства, безопасността и правата на пациентите и др.

Политика 2: Стабилизиране модела на финансиране на здравеопазването и осигуряване на необходимите ресурси

Политиката е насочена към подобряване на ефикасността и финансовата устойчивост на здравеопазването, като има за цел да насърчи пренасочване на голяма част от ресурсите в системата към по-иновативните и стойностни продукти и услуги, които същевременно предлагат най-добрия пазарен потенциал и намаляване на разходите в дългосрочен план. Стабилизирането на модела на финансиране на здравеопазването включва комбинация от мерки и дългосрочни стратегически действия, насочени към основните разходни фактори.

Нарастващият натиск за увеличение на разходите за здраве, свързан със застаряване на населението и непрекъснатото развитие на нови технологии в диагностично-лечебната дейност, повишаване на изискванията за подобряване на качеството на живот на болните и грижата за тях, в т.ч. за развитие на други видове здравни услуги (палиативни грижи, медико-социални грижи за деца и възрастни и др.), на фона на ограничените средства на НЗОК, държавата и общините за здравеопазване, налага необходимостта от публично обсъждане и въвеждане в действие на подходи за справяне с недостига на финансови ресурси за здравеопазването.

Възможни взаимно допълващи се подходи са:

1. Увеличаване на средствата за здравеопазване, като за тази цел е необходима широка обществена дискусия по въпроса за „съответстващото ниво” на финансиране на здравеопазването.

Необходимо е при определяне на съответстващото ниво на финансиране на здравеопазването да се изхожда предимно от стойността, която се придава на здравето и здравеопазването, разгледани сами по себе си или в сравнение с други сфери на обществения разход, а не само от политически или финансови съображения.

На здравето на населението все повече следва да се гледа не като на съпътстващ продукт на благоденствието, а като на нещо, което е и вложение в бъдещия икономически растеж.

Осигуряването на адекватно финансиране за промоция, профилактика и качествена медицинска помощ е важен фактор за успешната бъдеща трудова заетост и

професионална реализация, както и до дългосрочния потенциал за развитие на отделния човек, организация или държава в глобалната икономика.

Необходим е качествено нов подход към финансирането на здравеопазването, основан на разбирането, че **здравните разходи са инвестиция**, която се възвръща чрез добавени години живот в добро здраве за пациентите и чрез преки икономически резултати, водещи до подобряване на благосъстоянието на цялото население.

В тази връзка от огромно значение е въвеждане на механизми, позволяващи правилното планиране на финансови ресурси за покриване на нарастващите здравни потребности на населението на база на реално остойносттаване на медицинските дейности.

Осигуряването на необходимите финансови ресурси на НЗОК следва да се осъществява и чрез създаване на механизми за увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски.

2. Контролиране на разходите за здравеопазване с прилагане на стратегии, които оказват влияние на търсенето и предлагането на здравни услуги.

Контролът върху разходите в здравеопазването следва да бъде подчинен на разбирането, че той по същество е метод за оптимизирането им в предварително определени граници, а не на самоцелен стремеж за тяхното намаляване или ограничаване. Във всички случаи резултатите от мерките за контрол на разходите в здравеопазването са в пряка зависимост от това дали са насочени към търсенето или предлагането на здравни услуги.

Основен подход за влияние върху нивото на търсенето на здравни услуги е чрез въвеждане на стимули за развитието на здравното застраховане (например преференции при данък общ доход) и оптимизиране на гарантирания от задължителното здравно осигуряване минимален пакет здравни услуги чрез оценка и създаване на общ принцип при различните видове пакети по специалности, както и привеждане на разходите за тях в определени граници.

По отношение на механизмите за контрол на разходите, насочени към предлагането на здравни услуги, следва да се има предвид прилагането на стратегии като:

- оптимизиране на общите разходи или на общия бюджет за здравни услуги на НЗОК;
- регулиране на използването на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии;
- контрол върху разходите за лекарства и медицински изделия, заплащани с публични средства;
- контрол на медицинската дейност.

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

Оптимизирането на разходите на НЗОК следва да се реализира чрез преоценка на принципите и механизми за планиране и заплащане на медицинските дейности.

Създаване на възможности за регулиране на използването на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии включва мерки за определяне на норми за потребностите и контролът върху тях, както и концентриране на материалната база с оглед максимална ефективност. Извършването на оценка преди да се допусне внедряването на нови технологии в клиничната практика е ключова мярка, както за понижаване на разходите, така и за безопасността на пациента и проблемите от етично естество.

Усъвършенстване на контрола върху медицинската дейност е от голяма значимост. Инструменти за подобряването на този контрол са медицинските стандарти,

диагностично терапевтичните алгоритми и клинични пътеки, формиране на амбулаторно-пациентските групи (APG) и диагностично-свързаните групи (DRG). Въвеждането им и тяхното непрекъснато усъвършенстване могат да имат реално отражение върху стойността и заплащането на медицинските услуги. Тези мерки предполагат и механизми за планиране на потребностите от изпълнители на медицинска помощ, които са съществен елемент при формиране на разходите за медицинската дейност.

През последните няколко години нараснаха емпиричните наблюдения за резултатността от прилагания на национално ниво инструментариум за определяне на приоритетни здравни услуги, заплащани с публични средства – например инвазивна кардиология, асистирана репродукция, което доведе до тяхното развитие и реални резултати по отношение на здравето на населението. Прилагането на добре обосновани подходи за определяне на приоритетно финансирани здравни дейности следва да бъде елемент от политиката по финансиране и през следващите години.

Приоритетните здравни услуги следва да бъдат съобразени с основните цели на правителствените здравни политики за устойчиво подобряване на здравето на населението и добре преценени от гледна точка на техния ефект спрямо вложените средства. Ключовите решения, свързани с определянето на приоритетни здравни услуги, трябва да се подлагат на редовно преразглеждане, поради динамичния характер на здравните процеси и на медицинските дейности.

3. Прегрупиране на ресурсите

Нарастващият натиск върху финансирането на здравната система налага прегрупиране на ресурсите при търсенето на най-добрите и най-изгодни в разходно отношение решения в условията на променящите се здравни потребности и изисквания на пациентите. Броят и видът на лечебните заведения у нас, наличната в тях материална база и оборудване, а така също и броят и структурата на работещите в тези заведения медицински и други професионалисти трябва да бъдат реорганизирани така, че да се постигнат по-добри резултати по отношение на клиничната практика, финансирането и качеството на здравните услуги.

Основните подходи следва да са свързани със създаване на финансови стимули за оптимизиране на дейността в извънболничната и болнична помощ за намаляване на скъпоструващото активно болнично лечение за сметка на извънболничното лечение и развиване на модели за едnodневно лечение, едnodневна хирургия, медико-социални грижи, продължително лечение и палиативни грижи. Въвеждането им неминуемо ще има отражение върху оптимизиране броя на болничните легла, рационално преструктуриране на болничните услуги и интензифициране на болничните дейности, без да се отрази на качеството на болничните услуги

Политиката за прегрупиране на ресурсите следва да е фокусирана върху подобряване на клиничния ефект, по-подходящо контролиране на определени заболявания, по-висока ефективност на разхода за здравни услуги и по-голяма удовлетвореност на пациентите. Прегрупирането следва да бъде обвързано не само с промяна на мястото за предоставяне на здравните услуги, но и със съответни промени в уменията на специалистите и прилаганите технологии.

Прегрупирането на ресурсите трябва да се основава на обективен анализ на действащия модел за предоставяне на здравните услуги, на пълна и достоверна информация за преимуществата и на осъзнаване на промените, които произтичат както от изискванията на медицинските стандарти, така и от конфигурацията на уменията за тяхното изпълнение.

Инвестициите в областта на здравето, вложени в рамките на структурните фондове на ЕС, могат да изиграят особено важна роля за подпомагане на страната при прегрупиране на ресурсите в здравеопазването на национално и регионално равнище, както и за развитие на приоритетни области.

МЕРКИ:

- устойчиво повишаване на средствата за здравеопазване, при отчитане значението на здравето като инвестиция и нарастването на brutния вътрешен продукт;
- повишаване финансовата самостоятелност на здравния сектор;
- стабилизиране на здравноосигурителния модел;
- създаване на условия за повишаване на приходите и оптимизиране на разходите на бюджета за здравни услуги на НЗОК;
- осигуряване на устойчиво финансиране със средства от държавния бюджет на приоритетни здравни дейности;
- използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на социални проекти, при които водещ критерий е общественият интерес;
- ефективно използване на средствата от структурните фондове на ЕС за финансиране на приоритетни здравни дейности;
- рационализиране на системите за финансово управление и контрол
- промяна в начина на оценка на дейностите на лечебните заведения чрез въвеждане на ДСГ;
- подкрепа на държавните и общинските лечебни заведения в по-малките и отдалечени населени места;
- създаване на условия за оптимизиране на дейността в извънболничната и болнична помощ чрез намаляване на скъпоструващото активно болнично лечение за сметка на извънболничното лечение и развиване на модели за едnodневно лечение, едnodневна хирургия, медико-социални грижи, продължително лечение и палиативни грижи;
- регулиране на използването на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии;
- контрол върху разходите за лекарства и медицински изделия, заплащани с публични средства;
- контрол на медицинската дейност за ефективно разходване на финансовия ресурс;
- повишаване на ефективността на провеждания държавен здравен контрол.

Политика 3: Ефективно планиране и управление на човешките ресурси

Посредством политиката ще се оказва 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. Това е в съответствие с водещата инициатива за нови умения и работни места в рамките на стратегията „Европа 2020“, чийто акцент е върху гъвкавостта и сигурността, предоставянето на хората на уменията, необходими за започване на работа днес и в бъдеще, подобряването на условията на труд и стимулирането на създаването на работни места.

Ефективното функциониране на здравната система зависи от човешките ресурси, тяхната квалификация и мотивация. Наличието на квалифициран и високоефективен здравен персонал влияе върху ръста на икономиката и благосъстоянието на населението, а равният достъп до неговите услуги има ключово значение за пълната реализация на правото на здраве на всеки човек.

Планирането и управлението на човешките ресурси следва да бъде анализирано и съобразено от една страна с налагащите се общи демографски тенденции и от друга – с развитието на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели, които намират отражение в медицинското обслужване. Поради застаряването на населението и промените в семейната структура нараства търсенето на професионална грижа, тъй като все по-рядко се полагат неформални грижи в семейна среда. Здравното обслужване става все по-специализирано и изисква интензивна работа и по-продължително обучение. Предприемането на подходящите мерки би създавало значителни възможности за заетост и растеж. Необходимо е разработването на инструменти и механизми, които да помогнат на здравната система да предостави необходимите грижи в по-голям обем с по-малко ресурс. Необходими са новаторски решения за справяне с недостига на работна сила и за постигане на максимална ефективност чрез използването на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели.

Определени ключови мерки за осигуряване на качествена, ефективна и безопасна медицинска помощ са насочени и към подобряването на качествените характеристики на **човешките ресурси в здравеопазването**. Необходими са промени в нормативната уредба в областта на планирането на кадрите и тяхната специализация, развиването на системите за квалификация, специализация и продължаващо обучение. Формите и методите на учене през целия живот, ще позволят формирането на знания, умения и компетентности, необходими за развитие на дългосрочните здравни грижи. Развитието на системите за квалификация и продължаващо обучение са основните предпоставки за осигуряване на качествена, ефективна и безопасна здравна помощ. На тази основа следва да се разширят и компетенциите и уменията на общопрактикуващите лекари, превръщайки първичната помощ в реална база на здравеопазването.

В някои от по-малките населени места специалистите по здравни грижи са първия основен контакт на пациентите със здравната система. Разширяването на техните функции в лечебните заведения и особено в системата за първична медицинска помощ трябва да се възприеме като част от една по-широка тенденция към интегриране и устойчиво развитие на качеството на здравните грижи за пациентите. С нарастващо значение ще бъде осигуряването на медицински специалисти за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.

С оглед осигуряване на достатъчен висококвалифициран и мотивиран персонал се налага разработването и провеждането от МЗ в партньорство с други министерства и всички заинтересовани страни в здравната система (професионални организации, висши училища, национални центрове, лечебни заведения и др.) на действия, гарантиращи устойчивото развитие на човешките ресурси в здравеопазването.

Демографските промени влияят отрицателно и на системата на общественото здравеопазване. Системният недостиг на висококвалифицирани кадри се превърна в последните години в липса на необходимите кадри. Значително намаленото ресурсно обезпечаване на дейностите по държавния здравен контрол, сведено до критичния минимум, затруднява качествено и навременното им извършване и крие рискове за възникване на редица несъответствия в обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда, взривове от заразни заболявания и най-вече подкопава обществените нагласи във възможността на държавата да полага необходимите грижи за подобряване на общественото здраве.

МЕРКИ:

- оценка на състоянието на наличните човешки ресурси и определяне на реалните потребности от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи;
- разработване и въвеждане на единна информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри;
- ефективно планиране на човешките ресурси в здравеопазването, което да обвърже броя за студенти и медицински специалисти с данните от текущото съотношение между практикуващите лекари и медицински сестри, здравно-демографското състояние и въвеждането на нови технологии;
- повишаване качеството на образованието в медицинските училища чрез актуализиране на съдържанието на учебните програми в съответствие с тези на най-добрите медицински учебни заведения; разширяване на практическите знания и умения; акцент върху промоцията и профилактиката на болестите и подобряване организацията на обучението;
- усъвършенстване на системата за планиране и провеждане на специализация като предпоставка за успешна бъдеща кариера и преодоляване на негативната тенденция да се търсят алтернативи за работа извън страната;
- развитие на системата за надграждащо продължително обучение на медицинските специалисти в здравеопазването;
- въвеждането на стимули за привличане, обучение и задържане на медицинския персонал в България – повишаване качеството на обучението, подобряване на условията на труд, технологична модернизация на сектора;
- активно сътрудничество по въпросите на работната сила в здравеопазването с международни организации;
- взаимодействие между отделни министерства и професионални организации, висши училища, национални центрове, лечебни заведения – база за обучение на студенти и специализанти и др., имащи отношение към съхранението и развитието на човешките ресурси;
- 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;

- усъвършенстване на нормативната база при спазване на приемственост при разработването и приемането на отделни законови разпоредби и подзаконови нормативни актове;
- провеждане на целенасочена държавна политика на стимулиране на медицинските специалисти да се обучават по специалности, по който има недостиг на кадри в системата на здравеопазването;
- либерализиране процеса на придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

Политика 4: Осигуряване на равен достъп до качествено здравеопазване чрез ефективни секторни политики в здравеопазването

Моделите за организация и предлагане на първичните, специализираните извънболнични и болничните услуги търпят непрекъсната промяна в конфигурацията си. Преразглеждането на тези модели е резултат от редица фактори, вкл. и от налагащата се тенденция за търсене на допълнителни средства като отговор на промените в демографската структура на населението, внедряването на нови технологии и повишените очаквания и изисквания на обществото за качествена медицинска помощ.

Новите технологии в областта на образната, функционалната и медико-лабораторната диагностика, в терапевтичните и хирургичните способности на лечение, в трансплантологията и т.н. оказват значително влияние върху структурата и дейността на практиките, свързани с клиничната и превантивната медицина.

4.1. Осигуряване и контрол на качеството

Политиката по осигуряване и контрол на качеството е насочена към гарантиране на продукти, процеси и услуги, които отговарят на изискванията за качество в здравеопазването съгласно 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;

Политиката следва да осигури качеството на предоставяната здравна помощ до степен, до която оказваната помощ, в определени финансови рамки, позволява да се достигнат най-благоприятните крайни резултати от гледна точка на балансираното съчетаване на факторите на риска и ползите.

Основните направления по осигуряване на достъп и качество на здравните услуги ще бъдат насочени към:

- структурата – налична материално-техническа база (сгради, оборудване), персонал, административно управление, структурна обособеност, организационна схема и т.н.;
- процесите – осигуряване на достъп до процедури и дейности, свързани със здравната услуга – диагностика, лечение, рехабилитация, профилактика;

- резултатите – ефекта от приложените процедури и дейности върху пациента – удовлетвореност, намаляване или премахване на болката, излекуване, удължаване на живота, повишаване качеството на живот и т.н.

Нивата на въздействие по осигуряването на достъп и качество на услугата към които трябва да бъдат насочени следващите усилия са:

- на групово ниво - отделна група персонал (лекари, сестри и други) - „визитация, одит, ревизия или сравнение между групи (peer review) или Балинт-групите;
- на ниво процеси - методът на сертификацията;
- на ниво организация - модел на акредитацията;
- на ниво система – организацията и окръжаващата я среда.

Политиката по осигуряване на качеството и контрола в областта на здравеопазването трябва да е насочена към подобряване на общата правна и нормативна уредба и разработването и прилагането в медицинската практиката на съвременни модели за специфично професионално „нормиране” на качеството - медицински стандарти, клинични пътеки, правила за добра медицинска практика, диагностично-терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове, други инструкции, указания и пр.

От основно значение е изграждането на тази база на ефективни системи за външен и вътрешен контрол на качеството в системата на здравеопазване.

Провеждането на политиката по осигуряване и контрол на качеството ще е пряко свързана и с процесите на сертификация и акредитация.

Сертификацията като процес, при който независима организация анализира и потвърждава, че определена задача/услуга се извършва в съответствие с определени, приложими за системата на здравеопазването стандарти и се издава сертификат, следва да бъде стимулиран и подпомаган.

Важна роля за реализацията на политиката следва да има акредитацията на лечебните заведения като процес, насочен към гарантиране на качеството на здравните услуги, стимулиране на стремежа за постигане на по-добри резултати и информиране на медицинските професионалисти и гражданите.

Разработената система за акредитация е съществена крачка напред към осигуряване качеството на медицинската помощ и съответства на прилаганите в другите страни акредитационни програми. В резултат на прилагането ѝ се установяват положителни моменти в дейността на лечебните заведения: адаптиране към изискванията на медицинските стандарти; изпълнение на дадените препоръки при предходна акредитация; създаване, попълване, систематизиране и съхранение на медицинската и друга документация; подобряване на материално-техническата база; оптимизиране на кадровия ресурс; утвърждаване на „обратна връзка” с потребителите на медицински услуги; създаване на собствени диагностично-терапевтични алгоритми за поведение и протоколи и технически фишове за здравни грижи и др.

Налице са и проблеми, стоящи пред акредитационния процес, в България, произтичащи от обстоятелството, че акредитационната оценка все още не играе решаваща роля за лечебното заведение – тя е форма за престиж, но няма никакво обвързване нито с икономически нито с административни последици за него.

Необходимо е, на базата на задълбочен анализ на инструментариума, да бъде усъвършенстван метода на акредитация, като задължителен елемент по осигуряване на качеството и обвързването ѝ с икономически стимули.

Политиката за качество изисква утвърждаване на възприетите политики за безопасност на пациентите – вътреболнични инфекции (около 25 % от нежеланите събития);

грешки, свързани с медикаментите; хирургически грешки; повреди на медицинското оборудване; грешки при диагнозата; непредприемане на действие в съответствие с резултатите от тестове.

Политиката предвижда включване на специфичен подход за насърчаване на практики за предотвратяване на най-честите нежелани събития, като например свързаните с лекарствени средства събития, свързаните със здравни грижи инфекции и усложнения по време или след хирургическа интервенция.

Основен акцент на политиката са мерки, свързани с предоставяне на информация на пациентите чрез включването им в разработването на политики и програми за безопасност на пациентите на всички подходящи равнища; разпространяване на информация относно съществуващите стандарти за безопасност, риска, съществуващите мерки и намаляване или предотвратяване на грешки и вреди, включително най-добри практики, както и правото на информирано съгласие за лечение.

Политиката по осигуряване и контрол на качеството следва да бъде фокусирана към постоянното изучаване на мнението на потребителите и нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги и гарантиране на спазването на правата на пациентите

МЕРКИ:

- усъвършенстване на общата нормативна уредба, касаеща качеството на медицинската помощ;
- усъвършенстване на наличните медицински стандарти;
- разработване и прилагане на правила за добра медицинска практика, здравен и клиничен мениджмънт, основани на научни доказателства;
- усъвършенстване на системата на медицинския одит и мониторинг на качеството;
- разработване на единни критерии за оценка на ефективността и ефикасността на медицинската дейност;
- усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения;
- въвеждане на ефективни системи за вътрешен и външен контрол на качеството в лечебните заведения;
- стимулиране процеса на сертифициране на лечебните заведения за съответствие с приложими международни стандарти за качество;
- усъвършенстване на нормативната база, касаеща правата и безопасността на пациентите, в т.ч. радиологична защита на пациента;
- разширяване на дейността по безопасността на пациентите в политиките и програмите на национално, регионално и местно равнище;
- редовен преглед и осъвременяване на стандартите за безопасност и/или най-добрите практики, приложими по отношение на предоставяните на тяхната територия здравни грижи;
- насърчаване на съсловните организации в сферата на здравеопазването да играят активна роля по отношение на безопасността на пациентите;

- усъвършенстване и развитие на системите за сигнализиране за нежелани събития и насърчаване на здравните специалисти активно да сигнализират за нежелани събития без страх от налагане на наказания;
- непрекъснат контрол и мониторинг върху безопасността на разрешените за употреба лекарства и медицински изделия;
- разкриване на специфични нископрагови центрове, подходящи за групи в риск, за предоставяне на здравни и социални услуги;

4.2. Първична медицинска помощ

Подобряването на системата за първична медицинска помощ ще бъде основен фокус на политиката за осигуряване на равен достъп до качествено здравеопазване, която ще продължи устойчивото прилагане и развитие 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.

Политиката за развитие на функциите и ролята на първичната медицинска помощ у нас изисква системно въвеждане на нова здравна култура, която, без да изключва тесния биомедицински подход за здравето и болестите, да се разпростре извън неговите граници чрез нарастването на инициативите за промоция на здравето посредством влияние върху околната среда и начина на живот.

Необходимо е да се обърне внимание на връзката между обществената ангажираност и личната отговорност, тъй като промоцията на здравето и здравната информираност ще накарат не малко хора да осъзнаят, че съвременният живот и околната среда носят рискове за здравето. Предвид нарастващата роля на гражданското общество, участието му в процеса на вземане на решения, свързани със здравето следва да се разширява.

За да посрещне успешно предстоящите предизвикателства системата „общопрактикуващи лекари“ трябва ускорено да развие своите силни страни чрез предлагане на доверилите се семейства здравни услуги, които трудно се предоставят от разпокъсаните, вертикално разположени изпълнители на медицинска помощ. Това може да се постигне чрез развиване на такива функции в системата за първична медицинска помощ, които са свързани с предлагането на интегрирани услуги на и с помощта на пациентите и обществото. Необходимо е тази интеграционна функция да отговори компетентно и отговорно на изискванията на три взаимно допълващи се в

контекста на провежданите политики направления: функционално, организационно и образователно.

Функционалното направление предполага, че епизодичното лечение на заболяванията трябва да отстъпи своето място на интегрирания подход към здравните потребности на индивида, семейството и обществото. Социално ориентираната първична фамилна медицинска помощ трябва да докаже, че може да спомогне за значително подобряване на здравето по един по-ефективен и ефикасен начин.

Организационното направление трябва да се съсредоточи върху начина, по който функционират индивидуалните и груповите практики за първична фамилна медицинска помощ. Концепцията за групови практики трябва да се наложи по начин, който да стимулира общопрактикуващите лекари да обединят своите усилия в контекста на провежданите политики за подобряване здравето на нацията, а не просто да работят под един покрив. И по-нататък, интегрирането на различни субекти, които предоставят здравни услуги предполага, че на системата за първична фамилна медицинска помощ трябва ясно да се определят границите на нейните правомощия.

Образователното направление трябва да бъде ориентирано към усвояване на знания и умения, които не са застъпени по подходящ начин в настоящите програми за университетско и следдипломно обучение. Ключовите инициативи в тази област трябва да бъдат насочени към осъвременено университетско обучение по проблемите на първичната фамилна медицинска помощ, специализирана подготовка и непрекъснатата квалификация на общопрактикуващите лекари и другите членове на екипите, участващи в осъществяването на този вид помощ: медицински сестри, акушерки, социални работници и др..

Необходимо е бързо да се въвеждат нови нискоразходни технологии в подкрепа на първичната медицинска помощ: апаратно и биомедицинско оборудване за диагностика, медикаментозни и инструментални набори за медицинска помощ и др.

Изискването за споделянето на отговорностите между системата за първична медицинска помощ от една страна и лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ и болниците от друга, ще продължава да нараства. А това означава, че ще са необходими интегрирани информационни системи, достъпни за общопрактикуващите лекари.

В някои региони на страната е налице недостиг на общопрактикуващи лекари и това поставя населението от тези региони в неравнопоставеност спрямо другите граждани при достъпа им до здравни услуги в контекста на тяхната своевременност, достатъчност и качество. Това налага предоставяне на стимули за общопрактикуващи лекари, желаещи да работят в такива региони.

Само така разгледани, мястото и ролята на общопрактикуващите лекари и утвърждаването им като ключова професионална група ще позволи системата за първична медицинска помощ да се утвърди като ефективна.

МЕРКИ:

- утвърждаване на нова здравна култура, която да наложи основната роля на общопрактикуващия лекар в комплексната грижа за опазване на здравето на индивида и семейството;
- разширяване на дейностите по промоция на здравето и здравна информираност като основен елемент на здравната грижа, предоставяна от ОПЛ;

- въвеждане на интегриран подход към здравните потребности на индивида, семейството и обществото - социално ориентирана първична медицинска помощ;
- въвеждане на нови нискоразходни технологии в подкрепа на първичната медицинска помощ: апаратно и биомедицинско оборудване за диагностика, медикаментозни и инструментални набори за първична медицинска помощ;
- концепцията за групови практики трябва да се наложи по начин, който да стимулира общопрактикуващите лекари да обединят своите усилия;
- осъвременено университетско обучение по проблемите на първичната медицинска помощ, специализирана подготовка и непрекъсната квалификация на общопрактикуващите лекари и другите членове на екипите, участващи в осъществяването на този вид помощ;
- предоставяне на стимули за общопрактикуващи лекари, желаещи да работят в неблагоприятни региони;
- интегриране на услугите в извънболничната помощ с активно участие на общините и функционалното изграждане на „здравни центрове”, включващи лекари от първичната медицинска помощ, медицински или диагностично-консултативен център с легла за кратковременно наблюдение и лечение, филиал на Центъра за спешна медицинска помощ, специалисти по здравни грижи и социални работници;
- въвеждане на диагностични и терапевтични правила за дейностите, осъществявани от ОПЛ с оглед редуциране на излишни специализирани консултации и хоспитализации.

4.3. Болнична помощ

Политиката в областта на болничната помощ е насочена към определяне на дългосрочната перспектива на болничните заведения, бъдещата конфигурация на предлаганите от тях услуги и начините за въвеждане на промени в системата за болнична помощ.

Болничните услуги у нас поглъщат около 60% от здравноосигурителните плащания. В последно време все повече се налага мнението, че има по-ефективни подходи за предоставянето на болнични услуги и че следователно съществуват възможности за по-нататъшното им реструктуриране. Тенденцията към тясна специализация и необходимостта от скъпи технологии от една страна и осъзнатата потребност и нарастващият натиск за контрол върху разходите от друга страна са други важни фактори, които влияят върху политиката в болничната помощ.

Това налага мерките да бъдат насочени към оптимизиране на броя на болниците за активно лечение и/или броя на леглата в тях и увеличаване на възможностите им за лечение на остри заболявания, към предоставяне на високотехнологични диагностични и лечебни услуги, както и към нарастване на подкрепящата роля на лечебните заведения за извънболнична помощ, на стационарите за продължително лечение, рехабилитация, палиативни грижи и връзките със сектора за социални грижи и услуги.

При прилагане на секторната политика за болнична помощ ще се отчита факта, че болниците, от гледна точка на организационната теория са сложни адаптивни системи, които откликват по непредвидими начини на промени във външната среда – демографско състояние, социално-икономически условия, конкурентна среда и др.

В този контекст подходите за реструктуриране могат да бъдат разнообразни, но през периода 2014-2020 г. те трябва да доведат до постигане на следните цели:

- а) общо подобряване на ефективността в предлагането на болничните услуги;
- б) клинично стандартизиране на компетенциите в пирамидалната структура на болничната помощ;
- в) обосновано ползване на болнични услуги.

Подходите за намаляване броя на хоспитализациите все повече се превръщат в ключов елемент на политиката в областта на болничната помощ, като е уместно да се интервенира в следните насоки:

а) непрекъснато въвеждане и развитие в системата за извънболнична помощ на нови технологии, вкл. ендоскопски и други инвазивни диагностични и лечебни процедури, хирургични интервенции, лекарствено лечение и др., които ще дадат възможност за качествена диагностика и безопасно и ефикасно лечение на все по-голям брой заболявания в извънболнични условия;

б) създаване на ясни правила (индикации) за хоспитализация и повишаване на критериите за прием за болнично лечение;

в) разширяване на достъпа на лекарите от извънболничната помощ до следдипломно обучение и продължителна квалификация, съчетано с въвеждане на диагностични и терапевтични протоколи, легла за краткосрочно наблюдение и финансови стимули за намаляване на болничния прием.

г) интегриране на услугите в извънболничната помощ с активно участие на общините и функционалното изграждане на „*здравни центрове*”, включващи лекари от първичната медицинска помощ, медицински или диагностично-консултативен център с легла за кратковременно наблюдение и лечение, филиал на Центъра за спешна медицинска помощ, специалисти по здравни грижи и *социални работници*.

Това ще даде възможност да се осъществява кратковременно стационарно наблюдение и лечение на пациенти с остро протичащи заболявания, в случаите, когато заболяването може да се овладее в рамките на 24 часа, както и поддържащо лечение и медико-социални грижи на пациенти с хронични заболявания в амбулаторни и домашни условия, което от своя страна ще доведе до чувствително намаляване на потребностите от прием в болници за активно лечение.

Тази форма на организация на медицинската помощ е особено подходяща в общински центрове и населени места, в които няма функциониращи болнични заведения.

д) създаване на правила за качество и стимулиране развитието на структури за продължително лечение, палиативни грижи и рехабилитация, в т.ч. и чрез трансформиране на болници за активно лечение.

МЕРКИ:

- създаване и прилагане на план за реструктуриране на болничната помощ;
- укрепване на общото управление на процеса на реструктуриране на системата за болнична помощ при точно определени отговорности на макро и институционално ниво;
- създаване набор от финансови и управленски инструменти за ръководните кадри и клиничния персонал, които да насърчават позитивните промени в управлението и подобряването на болничната ефективност;

- създаване на рамка на бюджета за болнични услуги, съответстваща на изискванията за болнична ефективност;
- поставяне на разумни цели в политиката за намаляване на болничния престой, основани на задълбочени анализи на тежестта на заболяванията, гарантиран интегриран подход и контрол за тяхното изпълнение;
- утвърждаване на съвременна система за наблюдение, контрол и управление на качеството на болничните услуги, качество на структурата, качество на процесите и качество на резултатите, без да се влага политическа идеология;
- разработване и изпълнение на стратегия за управление и подобрене на партньорството на болниците с лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ, хосписите и социалните грижи;
- изготвяне на подходи, които регулират неравномерното предлагане на болничните услуги и разпределението на високотехнологичните такива;
- прилагане на методи за управление на процеса за реструктуриране на системата за болнична помощ, включващи съвременни системи за комуникации и извоюване на подкрепа особено от страна на медицинските специалисти;
- формулиране и утвърждаване на гаранции за адекватно финансиране на процеса на промяна в болничната система;
- съставяне на ресурсно-осигурен план за овладяване на непредвидими последствия от провежданата политика за реструктуриране на болничния сектор.
- развитие на приоритетни направления в болничната помощ с оглед задоволяване на специфични здравни потребности – трансплантация, диализно лечение, ендоваскуларна терапия; неврохирургия, кардиохирургия и др.;
- формулиране и въвеждане на методи и подходи за иновативни инвестиции в университетските и многопрофилните болници на областно ниво.

4.4. Спешна медицинска помощ

Политиката е насочена към осигуряване на равнопоставен достъп на населението до спешна медицинска помощ, съответстваща на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност чрез подобряване на функционирането на системата за спешна помощ и гарантиране на нейната финансова, кадрова и материална устойчивост.

Анализът на настоящото състояние на системата за спешна медицинска помощ показва редица проблеми, които на фона на нарастващото обществено недоволство от системата налагат радикални промени в структурата и организацията на дейността ѝ, в качеството на предоставяните услуги и финансирането на системата:

- нарастващи диспропорции и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до своевременна и качествена спешна медицинска помощ;
- влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на работещите в системата за спешна медицинска помощ;
- задържаща се неудовлетвореност и здравна несигурност на обществото от качеството на предоставяните му здравни услуги, в т.ч. спешна медицинска помощ;

- нарушен интегритет и координация между спешната помощ и останалите елементи на системата на здравеопазване - първичната медицинска помощ, специализираната извънболнична помощ, болничната помощ и спешната 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 държавния ангажимент относно правилата, по които спешна медицинска помощ ще се осигурява на населението и контролът за изпълнението им чрез адекватна правно-нормативна уредба и съответно финансиране.

В изготвената и предоставена за обсъждане Концепция за устойчиво развитие на системата за спешна медицинска помощ е представена система от мерки, насочена към подобряване на структурата, организацията и управлението на системата за спешна медицинска помощ и осигуряване на ефективна координация и взаимодействие с останалите сектори на здравната система.

Необходимо е изготвяне на задължителна национална карта на екипите за спешна медицинска помощ в съответствие с приетите национални стандарти и преразглеждане, и прецизиране на настоящата структура на системата за спешна медицинска помощ, броя и местоположението на отделните структурни единици с цел осигуряване на максимално равномерно покритие на територията на страната

Политиката е насочена към подобряване на координацията и взаимодействието между екипите за спешна медицинска помощ и лечебните заведения за болнична помощ при обслужване на спешно болни, тъй като основна предпоставка за функционирането на системата за спешна медицинска помощ е осигуряване на интегритет и функционална свързаност между нейната извънболнична част (осъществявана основно от ЦСМП) и болничната част, осигурявана от различни по вид лечебни заведения за болнична помощ.

Предвижда се интегриране на комуникационно-информационната система на ЦСМП и спешните отделения, за осигуряване на консултации на спешните екипи от лекарите в спешните отделения чрез развитие на телемедицината; изготвяне на общи протоколи за поведение и др.

Основните усилия следва да бъдат насочени към усъвършенстване на обучението и квалификацията на специалистите, необходими за функционирането на системата за спешна медицинска помощ в следните направления – обучение на студенти по медицина, медицински специалисти по здравни грижи, специализация и следдипломно обучение по спешна медицина, утвърждаване на система за продължаващо обучение на работещите в системата за спешна медицинска помощ.

Целесъобразно е функционално интегриране на ЦСМП и лечебните заведения за болнична помощ по отношение на квалификация на персонала на ЦСМП и създаване на условия за вътреболнично продължаващо обучение на персонала от ЦСМП.

Необходимо е осигуряване на сътрудничество със съсловните организации и възможности за повишаване на квалификация по оказване на спешна медицинска помощ и на останалите медицински специалисти в системата на здравеопазването – общопрактикуващи лекари, специалисти в извънболничната медицинска помощ, медицински специалисти в здравни заведения и др., които много често осъществяват

първия контакт със спешно болен пациент и оказват необходимата медицинска помощ до пристигане на екипа за спешна медицинска помощ.

Реализацията на политиката включва непрекъснато усъвършенстване и хармонизиране на нормативната уредба в системата на здравеопазването и спешната медицинска помощ като нейна интегрална част.

Дейностите по реализация на политиката изискват търсене на механизми за обединяване на усилията на всички заинтересовани страни при осигуряване на финансирането, изпълнението и ползването на здравните услуги, предоставяни от системата за спешна медицинска помощ.

Очакваните крайни резултати от реализацията на политиката са:

- осигуряване на качествена и достъпна спешна медицинска помощ при ясни правила гарантиращи правата на пациентите и техните задължения;
- осигуряване на непрекъснатост и интегритет на здравната грижа на всички нива на здравната система;
- повишена удовлетвореност на населението и медицинските специалисти от системата за спешна медицинска помощ;
- ефективно използване на финансовите ресурси в системата за спешна медицинска помощ и финансова устойчивост на системата.

МЕРКИ:

- ясно определяне на обекта и обхвата на спешната помощ;
- подобряване структурата на системата за спешна медицинска помощ чрез утвърждаване на стандарти за териториално разпределение (карта) на нейните структури; оптимизиране на вида, броя и разпределението на екипите;
- подобряване осигуреността с комуникационни системи, санитарни превозни средства, медицинско оборудване и ефективен контрол върху използването им;
- пълноценно използване и усъвършенстване на наличната информационно-комуникационна система с GPS връзка на ЦСМП и интегриране на системата за комуникация на ЦСМП със системата на комуникация на МВР и другите служби на Националната система за спешни повиквания;
- въвеждане на телемедицината при оказване на спешна помощ;
- устойчиво развитие на човешките ресурси чрез въвеждане на система за подбор, обучение и развитие по видове персонал в ЦСМП;
- облекчаване на условията за зачисляване на лекарите за специалност „Спешна медицина“;
- създаване на национален център за продължаващо обучение по спешна медицина;
- осигуряване на ефективни финансови стимули за работещите в системата за спешна медицинска помощ;
- подобряване на организацията чрез изготвяне на наръчници с протоколи за поведение за всички медицински и други дейности и въвеждане на триаж (сортиране по тежест) на пациентите на различните нива – диспечерски център, мобилни екипи, спешна структура в болнично лечебно заведение;

- подобряване взаимоотношенията и регламентиране на координацията с първичната и специализирана извънболнична помощ и с болничната помощ;
- развитие на финансирането на спешната медицинска помощ – включване на допълнителни източници на финансиране за специфични дейности (застрахователни дружества, публично-частно партньорство и др.).

4.5. Ограничаване на възможностите за неформални форми на плащанията в здравеопазването и антикорупционни политики

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.

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. Разпространени са както в болничната, така и в извънболничната помощ, включени са в основния и допълнителен здравен пакет и извън него и се отнасят за медицинския персонал. Наблюдават се при всички видове пациенти, независимо от демографския и социално-икономически статус.

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;
- ограничаване на корупцията на всички нива;
- актуализиране на професионалния кодекс на медицинските специалисти;
- повишаване на информираността на пациенти, лекари и политици, за негативните ефекти на неформалните плащания;
- насърчаване на изследванията за неформални плащания, оценка за корупция.

Политика 5. Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус хроничните незаразни болести (социално значими)

Съществува неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението в България, съответно за предотвратяване на голяма част от заболяванията 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 да бъдат въввлечени 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 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 съществуваша немалък брой национални програми с профилактична насоченост, като част от тях касаеха отделни рискови фактори (тютюнопушене, хранене), други - обширни тематични области (психично здраве), трети – отделни заболявания - остеопороза и т.н. В редица случаи това пораждаше дублиране на дейности по различните програми в сходни тематични области, което беше неоправдано разпиляване на и без това ограничения финансов ресурс. Освен това при планирането на тези програми в повечето случаи не беше разработен необходимият оценъчен инструментариум за етапно оценяване на тяхната ефективност, а оценяването на практика се правеше 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 един интегриран подход за намаляване на хроничните незаразни болести и последствията от тях, чрез разработка и реализация 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.

Разработената през 2011 г. 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 болести.

В съвременния глобализиран свят на високи технологии, свободно движение на хора, стоки и услуги, заплахите от бързо разпространяване на заразни болести стават все по-големи. 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 мултидисциплинарен подход 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;
- междусекторно сътрудничество чрез 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;
- 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;
- приоритизиране на специфичните дейности; използване на разнообразни принципи и ефективни мерки за реализация на дейностите;
- прилагане на научния подход, базиращ се на съвременни, научно доказани факти и концепции; използване на съществуващото научно познание и опит в областта на профилактиката, създаване на модели за профилактика, развитие на нови изследвания в тази насока, предоставяне на нови знания за практиката, оценка и контрол на резултатите и др.;
- изграждане на институционален 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;
- 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.

Политика 6. Целенасочени обединени действия на цялото общество за ограничаване на рисковите фактори, влияещи върху здравето на нацията

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. Прилага комбинация на популационните и високо-рисковите стратегии, които свързват различни компоненти на здравните системи, като промоция на здравето, обществени здравни услуги, първична медицинска помощ и болнична помощ. 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 редица 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”.

МЕРКИ

- надграждане и развитие на утвърдената национална политика за ограничаване на употребата на тютюневи изделия;
- изграждане на успешен модел на национална политика за ограничаване на злоупотребата с алкохол;
- изграждане на хранителен модел за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето и за осигуряване на здраве и дълголетие;
- 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;
- укрепване на капацитета на съществуващите структури по промоция на здраве и профилактика на болестите и насочване на първичната здравна помощ по посока превенция чрез редукция на основните рискови фактори;
- интервенции към намаляване на стреса в различни възрастови групи и различни среди (трудова, семейна, обществена);

- 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;
- въвеждане на здравното обучение и образование в детските градини и училищата;
- профилактика на ваксинапредотвратими заболявания;
- 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;
- прилагане на интегриран подход за оценка на риска, свързан с факторите на околната среда.

Политика 7: Деинституционализация и осигуряване на дългосрочна грижа на уязвими групи от населението

7.1. Живот в общността за всяко дете чрез политиката за деинституционализация на децата до 18г.

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.

7.2. Модерното психиатрично обслужване - политики насочени към хора с хронични психични разстройства

7.2.1.Обща политика:

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.

Работата има благотворно влияние върху физическото и психично здраве. 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 борба срещу утежняването 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 активното остаряване 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.

Депресията е едно от най-разпространените и сериозни психични разстройства. Тя е сериозен рисков фактор по отношение на самоубийственото поведение. 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 обучения и до адаптирани програми за обучение.

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

- Принцип на социалното 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.
- Принцип на активното действие (издирване) е комплекс от техники и механизми за установяване на контакт с лица с психични разстройства от страна на службата за психично здраве. Необходимостта от активно издирване се определя от дефицита на мотивираност за лечение и контакт със службите от страна на страдащите пациенти, а не от стремежа обществото да бъде предпазвано от тях.
- Принцип на фиксираната отговорност чрез събиране на информация от страна на конкретен професионалист за цялостното движение на пациента в хода на неговото боледуване и възстановяване през различните етапи на ползване на психично-здравни услуги.

Осъществяването и спазването на тези принципи гарантира ангажираността на различните специализирани служби и професионалисти в системен и координиран порядък и води до интегративен подход и приемственост на грижите.

Въз основа на изброените принципи следва да бъдат развивани 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 център, защитени жилища, като и услуги, свързани с доставяне на грижите в дома на болния.

МЕРКИ:

- обединение на политиката и партньорство 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 общественно-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 психичното 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.

7.3. Създаване на условия за достоен живот чрез модерни форми за обслужване на възрастните хора (активно стареене)

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 и с приетият от ООН **Международен план за действие по застаряване на населението в Мадрид през 2002 г.** 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 нездравословното остаряване. За да се намали негативното влияние на стареенето на населението върху здравната система, възрастните хора трябва да останат по-дълго време здрави и пълноценни за техните семейства и общности.

Политиката поставя на преден план потенциалът 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 местоживеее 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 които 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, включително генетични разстройства. Развитието на геронтологията и гериатрията трябва да бъде активно подпомагано, като се набляга на индивидуалното лечение.

Тъй като промените в демографски и социален план пораждат **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;
- премахване на институционалния 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 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;
- 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.

7.4. Достойна грижа за хората с трайни увреждания

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 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 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. От съществено значение е подобряване на специализираната медицинска помощ и създаване на условия за въвеждане съвременни медицински подходи за лечение (в т.ч. прилагане на съвременни медицински изделия) за минимизиране на последиците от уврежданията за пълноценния живот на индивида. Необходими са и мерки за укрепване и разширяване на медицинската рехабилитация на хората с увреждания.

Здравната помощ за лица с увреждания често се нуждае от мултидисциплинарен 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 преодоляване на институционалния модел на грижа за хората с тежки физически и психически разстройства, като 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 страдат от бедност и 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.

7.5. Целенасочени усилия към подобряване здравето и благополучието на уязвими групи от обществото

Политиката в тази насока е изучаване и определянето на уязвимите групи от обществото (рисковите 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; десоциализираните маргинални игноранти; 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 алкохолици, наркомани, 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 ромски и турски произход, непознаването и несъобразяването на лекарите и медицински специалисти с културните различия и традиции на тези групи от населението влошава общуването и контактите им с пациентите. Голяма част от по-бедните и по-ниско образованите уязвими групи прибегват към методите на самолечението. Това налага по-активна дейност от страна на общопрактикуващите лекари, лекари-специалисти, медицински сестри, акушерки, медицински фелдшери, рехабилитатори, както и утвърждаване на модела на здравните медиатори, като предпоставка за подобряване на достъпа до здравни грижи за осъществяване на здравно образование и информироване на тези лица.

МЕРКИ:

- 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;
- повишаване подготовката на медицинските специалисти, включени в процесите на осигуряване на качествени и достъпни здравни услуги за работа с уязвими групи от обществото;
- 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.

Политика 8: Детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване

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 утвърждава разбирането, 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 интервенции, подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицински персонал, учители 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, своевременно 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 европейски 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;
- провеждане на проучвания за знанията, нагласите и поведенията 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;
- 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 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;
- подобряване на здравното 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 на предоставяните услуги по дентална помощ при децата;
- 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;
- осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания;
- внедряване на европейски стандарти за диагностика и лечение;
- подобряване на услугите в сферата за психичното здраве за децата.

Политика 9: Регионална здравна политика, основана на доказателствата

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 дадоха 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.

Регионалните здравни политики трябва да се базират на социално-икономическия анализ на развитието на съответните региони, специфичното развитие на инфраструктурата – обща и здравна в тях, както и на влиянието на факторите на обкръжаващата среда.

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 срыв 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 очертава 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

- разработване на здравни карти, 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;

- концентрация на определени високотехнологични дейности и здравни услуги в определени региони, разполагащи с необходимите ресурси, база и апаратура и съответно деконцентрация на здравните услуги по останалите региони, които да осигуряват равнопоставен достъп и качество на живот на населението, живеещо в тези региони;
- утвърждаване на механизми за подпомагане на лечебните заведения в труднодостъпни и отдалечени райони;
- 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.

Политика 10: Здравни технологии, иновации и инвестиции

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 мултидисциплинарен 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, нуждите на променящата се среда в системата на здравеопазването:

- Намаляване припокриването и дублирането на усилия и в резултат – насърчаване на по-ефективно използване на ресурси;
- 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.

Политиката предвижда засилване на сътрудничеството в рамките на ЕС по практическото приложение на инструментите и подходите за трансгранично сътрудничество в областта на оценката на здравните технологии.

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 иновативна 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.

Иновации в болничната помощ. Планиране и развитие на високотехнологични болнични услуги

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 университетски 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.

При определяне на инвестиционна политика в здравеопазването, трябва да се направят разграничения между понятията „инвестиция в здравето” и „инвестиции за

здраве”, както и „инвестиция в системата” на здравеопазването. Инвестицията може да бъде пряка – в здравето и непряка – в системите, които предоставят здраве или здравни услуги.

Инвестициите за здраве са стратегии за повишаване на здравето /здравното състояние на населението/ като непрекъснато намаляване на неравенството в здравето 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:

- въвеждане на механизъм за оценка на потребностите от внедряване на приоритетни иновативни услуги и високотехнологични методи;
- въвеждане на система за оценка на възможностите и ефективността от въвеждане на иновативни услуги и високотехнологични методи;
- утвърждаване на здравна карта на високотехнологичните методи за диагностика и лечение, основана на потребностите и равнопоставения достъп;
- осигуряване на стабилност на инвестиционния процес;
- 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;
- активно участие на страната в европейската мрежа по оценка на здравните технологии и съответните европейски инициативи.

Политика 11: Развитието на електронно здравеопазване

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 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 здравно-информационна система. Продължаващото развитие на националната здравно-информационната система акцентира и върху телемедицинските услуги. Мащабното 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-информационна система, чрез:
 - внедряване на електронни здравни карти;
 - 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 /ИКТ/ 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.

Политика 12. Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията

Министерството на здравеопазването си взаимодейства с всички министерства, имащи пряко или косвено отношение към здравето на обществото, най-вече при разработването и изпълнението на редица стратегии и програми от национално и международно значение.

Ефективното сътрудничество в областта на общественото здравеопазване се осъществява чрез разпределяне на отговорностите на участващите в конкретното законодателство. При определена област за интервенция, въпросите на сътрудничеството се отразяват в списъка на включените институции, както и в съответния план за действие. Съществуват и постоянни органи за взаимодействие - национални съвети, постоянни междуведомствени съвети, консултативни съвети, постоянни експертни групи, работни групи. Добра практика в тази насока е тяхното фиксиране в съответните нормативни актове, с посочване и на състава им.

Ролята на НПО все още не може да се определи като значима, но въпреки това могат да се посочат редица примери на добро участие, именно в областта на общественото здравеопазване. Националните здравни предизвикателства изискват разбиране, подкрепа и съучастие не само от страна на политици, държавна администрация и съсловни организации, но и на цялото общество. НПО 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.

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 пациенти - основно фондации и сдружения.

Най-често срещаните предмети на дейност по регистрацията са защита правата на пациенти; 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 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 едно 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 механизмите и процедурите за взаимодействие между институциите и гражданското общество;
- подобряване механизмите и процедурите за взаимодействие между институциите;
- подобряване на планирането на услугите в отделните сектори, включително и на регионално ниво, както и съгласуваността при планирането чрез разработване на методологически и методически стандарти и инструменти;
- въвеждане на мултидисциплинарен подход при предоставянето на услуги, прилагане на комплексна оценка на потребностите на базата на разработени модели за работа и провеждане на обучения на служители, професионалисти и др.;
- създаване и въвеждане на системи за мониторинг, контрол на ефективността и ефикасността на предлаганите услуги, оценка на въздействието на политиките в областта на заетостта, доходите, социалните, здравните и образователните услуги;
- повишаване на капацитета на общините и НПО;

- 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;
- прозрачност и граждански контрол върху правилата и процедурите за обществени поръчки, свързани с проекти в областта на общественото здраве;
- изграждане на обществен капитал чрез създаване на обществено достъпна национална база данни с резултати от проекти и програми в областта на общественото здраве, финансирани със средства от държавния бюджет и/или европейски фондове и програми.

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	Специализира на медицинска помощ	ЛЗБП	Спешна медицинска помощ	НПО
Политика 1: Ефективно управление , укрепване на административния капацитет и междусекторното сътрудничество	x	x	x	x	x	x	x	x		x		
Политика 2: Стабилизиране модела на финансиране на здравеопазването и осигуряване на необходимите ресурси	x	x	x				x					
Политика 3: Ефективно планиране и управление на човешките ресурси	x		x	x		x					x	
Политика 4: Осигуряване на равен достъп до качествено здравеопазване чрез ефективни секторни политики в здравеопазването												
4.1. Осигуряване и контрол на качеството	x	x	x	x	x		x					x
4.2. Първична медицинска помощ	x		x		x		x	x				
4.3. Болнична помощ	x	x	x				x			x		
4.4. Спешна медицинска помощ	x	x	x								x	
4.5. Ограничаване на възможностите за неформални форми на плащанията в здравеопазването и антикорупционни политики	x				x		x	x	x	x		x
Политика 5: Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус хроничните болести (социално значими)	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
Политика 6: Целенасочени обединени действия на цялото	x	x	x	x	x	x						x

общество за ограничаване на рисковите фактори, влияещи върху здравето на нацията												
Политика 7: Деинституционализация и осигуряване на дългосрочна грижа на уязвими групи от населението												
7.1. Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД)	x	x	x									
7.2. Модерното психиатрично обслужване- политики насочени към хора с хронични психични разстройства	x		x	x	x		x		x	x		x
7.3. Създаване на условия за достоен живот чрез модерни форми за обслужване на възрастните хора (активно стареење)	x	x	x	x	x			x		x		x
7.4. Достойна грижа за хората с трайни увреждания	x	x	x	x			x	x				x
7.5. Целенасочени усилия към подобряване здравето и благополучието на уязвими групи от обществото	x	x	x		x		x	x				x
Политика 8: Детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
Политика 9: Регионална здравна политика, основана на доказателствата	x	x	x	x	x		x					x
Политика 10: Здравни технологии, иновации и инвестиции	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Политика 11: Развитие на електронно здравеопазване	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Политика 12: Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията	x	x	x	x	x	x						x

ИЗПЪЛНЕНИЕ И МОНИТОРИНГ

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:

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.

ВТОРА ГРУПА: ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА ОТ ДЕЙСТВИЯТА, НАСОЧЕНИ КЪМ ПРЕДОТВРЯВАНЕ 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.

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 съвременна здравно-информационна система. Последната ще даде възможност за събиране, обработка, анализ и съхраняване на необходимата информация на локално и национално ниво.

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 НБП и развитието на икономиката в страната и Европа
3. Няма очаквания за бързо възстановяване от кризата, като стагниращите елементи в икономиката, ако няма активна политика на държавата в тази насока (неокейсианския модел) ще се развиват до 2016-2017 год.
4. На основата на тези прогнози няма очаквания за допълнителни възможности за повишаване средствата в сферата на здравеопазването, освен външно финансиране на базата на оперативните програми.
5. Не трябва да се очаква и политически решения в посока увеличаване на здравната вноска или данъците, което няма да се понесе от населението нито бързо показване 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 анализи и 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
13. Планираните средства по оперативните програми в оптималния вариант като общо са в рамките на 5% от общите средства по програмния период за България
14. Песимистичният вариант на планираните средства е в рамките на 4,75%, а оптимистичният е в рамките на 5,25% от общите средства по програмния период

15. Прогнозата и планираните средства се основават на прогнозите на БАН за Брутният вътрешен продукт (текущи цени) и дялът на средствата за здравеопазване към тази прогноза, който се задържа в рамките 4,7-4,8 %

Табл. 1. Макроикономическа прогноза

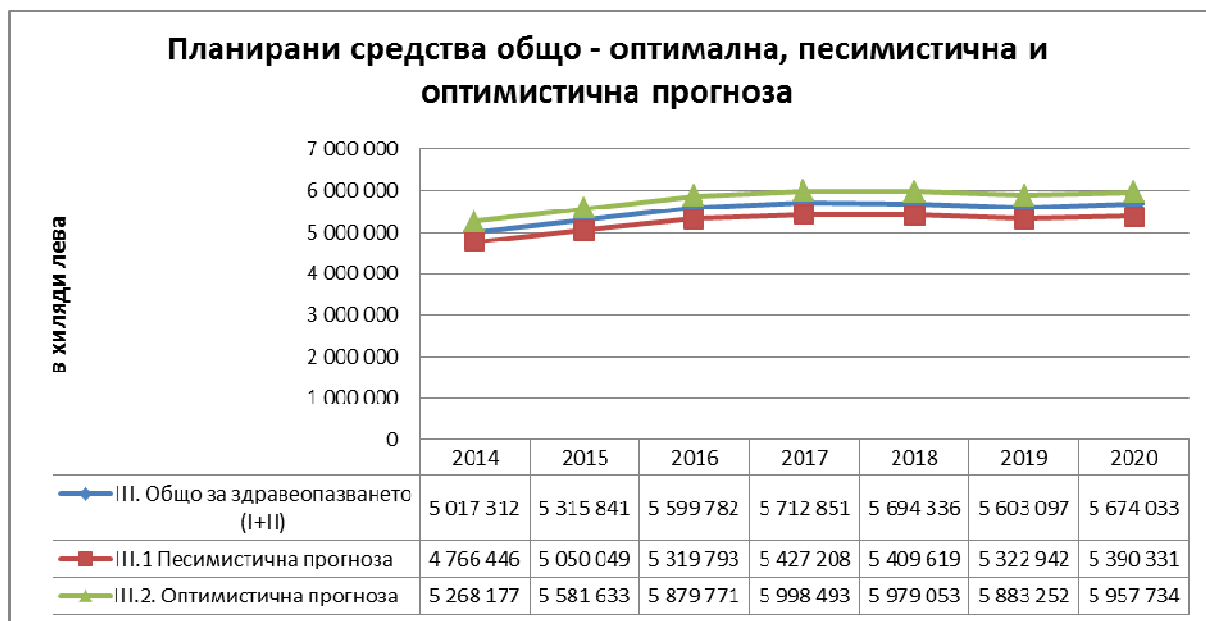
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
БВП (текущи цени) - хил. лв.	83234100	87177200	91120300	95063400	99006500	102949600	102949600
Разходи за здраве като дял от БВП в % (национално финансиране)	4,88	4,82	4,77	4,73	4,70	4,68	4,85
Разходи за здраве като дял от БВП в % (национално финансиране + европейски фондове)	6,03	6,10	6,15	6,01	5,75	5,44	5,51

Табл. 2. Планирани средства по политики и години в хиляди лева

ПОЛИТИКИ	ПЛАНИРАНИ СРЕДСТВА					в хиляди лева	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Политика 1: Ефективно управление, укрепване на административния капацитет и междусекторното сътрудничество	190 964	197 648	204 566	211 726	219 136	226 805	234 743
Политика 2: Стабилизиране модела на финансиране на здравеопазването и осигуряване на необходимите ресурси	44 410	45 965	47 573	49 238	50 962	52 745	54 592
Политика 3: Ефективно планиране и управление на човешките ресурси	16 654	17 237	17 840	18 464	19 111	19 780	20 472
Политика 4: Осигуряване на равен достъп до качествено здравеопазване чрез ефективни секторни политики в здравеопазването	1 866 275	1 928 094	1 992 076	2 058 300	2 126 841	2 197 780	2 271 201
4.1. Осигуряване и контрол на качеството	266 462	275 788	285 440	295 431	305 771	316 473	327 549
4.2. Първична медицинска помощ	213 077	224 735	236 801	249 289	262 214	275 591	289 437
4.3. Болнична помощ	1 162 693	1 191 837	1 222 001	1 253 221	1 285 534	1 318 978	1 353 592
4.4. Спешна медицинска помощ	156 462	165 788	175 440	185 431	195 771	206 473	217 549
4.5. Ограничаване на възможностите за неформални форми на плащанията в здравеопазването и антикорупционни политики	67 581	69 946	72 394	74 928	77 551	80 265	83 074
Политика 5: Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус хроничните болести (социално значими)	149 846	156 841	164 080	171 573	179 328	187 355	195 662

Политика 6: Целенасочени обединени действия на цялото общество за ограничаване на рисковите фактори, влияещи върху здравето на нацията	183 154	191 314	199 760	208 502	217 550	226 914	236 606
Политика 8: Деинституционализация и осигуряване на дългосрочна грижа на уязвими групи от населението	166 539	172 367	178 400	184 644	191 107	197 796	204 718
Политика 7: Деинституционализация и осигуряване на дългосрочна грижа на уязвими групи от населението	832 693	861 836	892 000	923 221	955 534	988 977	1 023 593
7.1. Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД)	99 923	103 420	107 040	110 787	114 664	118 677	122 831
7.2. Модерното психиатрично обслужване- политики насочени към хора с хронични психични разстройства	133 231	137 894	142 720	147 715	152 885	158 236	163 775
7.3. Създаване на условия за достоен живот чрез модерни форми за обслужване на възрастните хора (активно стареене)	133 231	137 894	142 720	147 715	152 885	158 236	163 775
7.4. Достойна грижа за хората с трайни увреждания	233 154	241 314	249 760	258 502	267 550	276 914	286 606
7.5. Целенасочени усилия към подобряване здравето и благополучието на уязвими групи от обществото	233 154	241 314	249 760	258 502	267 550	276 914	286 606
Политика 8: Детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване	166 539	172 367	178 400	184 644	191 107	197 796	204 718
Политика 9: Регионална здравна политика, основана на доказателствата	99 923	103 420	107 040	110 787	114 664	118 677	122 831
Политика 10: Здравни технологии, иновации и инвестиции	333 077	344 735	356 801	369 289	382 214	395 591	409 437
Политика 11: Развитието на електронно здравеопазване	122 128	126 403	130 827	135 406	140 145	145 050	150 127
Политика 12: Създаване на подходяща среда за включване на гражданското общество в решаване на проблемите на здравето на нацията	53 292	55 158	57 088	59 086	61 154	63 205	65 510
I. Общо - национално финансиране	4 058 955	4 201 018	4 348 051	4 500 236	4 657 746	4 820 765	4 989 492
<i>I.1. Песимистична прогноза</i>	<i>3 856 007</i>	<i>3 990 967</i>	<i>4 130 648</i>	<i>4 275 224</i>	<i>4 424 859</i>	<i>4 579 727</i>	<i>4 740 017</i>
<i>I.2. Оптимистична прогноза</i>	<i>4 261 903</i>	<i>4 411 069</i>	<i>4 565 454</i>	<i>4 725 248</i>	<i>4 890 633</i>	<i>5 061 803</i>	<i>5 238 967</i>

Планирани средства по Оперативни програми на ЕС по приоритетни области (в евро):	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Приоритетна област 1. Гарантиране на всеки български гражданин на надеждна система на здравно осигуряване, достъп до качествена медицинска помощ и здравно обслужване	20 000	30 000	50 000	50 000	50 000	50 000	30 000
Приоритетна област 2. Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното здравеопазване с цел пълна прозрачност и ефективно използване на наличните ресурси	50 000	50 000	50 000	40 000	30 000	20 000	10 000
Приоритетна област 3. Рационализиране на системите за финансово управление и контрол в здравеопазването	70 000	80 000	80 000	80 000	40 000	30 000	20 000
Приоритетна област 4. Укрепване и модернизиране на системата за спешна медицинска помощ	50 000	80 000	100 000	100 000	80 000	80 000	70 000
Приоритетна област 5. Целенасочена регионална политика със специално внимание върху подкрепата на лечебните заведения в отдалечените региони на страната	50 000	50 000	70 000	70 000	50 000	40 000	40 000
Приоритетна област 6. Детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищното здравеопазване	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	50 000	50 000
Приоритетна област 7. Активна политика в областта на човешките ресурси	50 000	80 000	90 000	80 000	80 000	80 000	80 000
Приоритетна област 8. Преориентиране на здравната система към профилактиката и предотвратяването на социално-значимите заболявания	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	50 000	50 000
II. Общо по Оперативни програми (в евро)	490 000	570 000	640 000	620 000	530 000	400 000	350 000
II. Общо по Оперативни програми (в лева)	958 357	1 114 823	1 251 731	1 212 615	1 036 590	782 332	684 541
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
III. Общо за здравеопазването (I+II)	5 017 312	5 315 841	5 599 782	5 712 851	5 694 336	5 603 097	5 674 033
<i>III.1 Песимистична прогноза</i>	<i>4 766 446</i>	<i>5 050 049</i>	<i>5 319 793</i>	<i>5 427 208</i>	<i>5 409 619</i>	<i>5 322 942</i>	<i>5 390 331</i>
<i>III.2. Оптимистична прогноза</i>	<i>5 268 177</i>	<i>5 581 633</i>	<i>5 879 771</i>	<i>5 998 493</i>	<i>5 979 053</i>	<i>5 883 252</i>	<i>5 957 734</i>



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 необходимостта 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 на спешна медицинска помощ

Приоритетна област 5.

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

Приоритетна област 6.

Детското здраве през фокуса на ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване

Приоритетна област 7.

Активна политика в областта 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.

Цялостното развитие на парадигмата на развитието на здравеопазването и подобряване здравето на нацията в периода от 2014 до 2020 г. има няколко опорни точки:

- неотложно 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;
- развитие 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.
- въвеждане 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;
- развитие 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 на децата до 1 годишна възраст, на децата от 1 до 9 годишна възраст, на юношите и младите хора от 10 до 20 годишна възраст, на лицата в икономически-активната възрастова група от 20 до 65 години и на хората във възрастовата група над 65 години.

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

След одобряване на проекта на Националната здравна стратегия 2014-2020г. ще бъде разработен своевременно План за действие към нея.