

ПРОЕКТ

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ
2021 - 2030

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

I. ВЪВЕДЕНИЕ

II. ЗДРАВНО – ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

III. СТРАТЕГИЧЕСКА РАМКА ЗА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ, ТЕКУЩО СЪСТОЯНИЕ И SWOT АНАЛИЗ

IV. ВИЗИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ЦЕЛИ

V. ПОЛИТИКИ, ДЕЙНОСТИ И МЕРКИ ЗА ТЯХНОТО РЕАЛИЗИРАНЕ (ОСНОВНИ ПОЛИТИКИ ПО ПРИОРИТЕТНИ НАПРАВЛЕНИЯ)

ПРИОРИТЕТ 1 ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ - УКРЕПВАНЕ КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

1.1 ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА

1.2 НАСЪРЧАВАНЕ НА ЗДРАВΟΣЛОВНИЯ НАЧИН НА ЖИВОТ (ЧРЕЗ ОГРАНИЧАВАНЕ НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ – ТЮТЮНЕВИ ИЗДЕЛИЯ, АЛКОХОЛ, НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА, НЕЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕНЕ И ДР.)

1.3 НАДЗОР НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ И ИМУНИЗАЦИОНЕН ОБХВАТ

1.4 ЕФЕКТИВЕН КОНТРОЛ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

ПРИОРИТЕТ 2 ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО, ЕФЕКТИВНОСТТА И КОНТРОЛА НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ

2.1. РАЗВИТИЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

2.2. ПОВИШАВАНЕ НА ЕФЕКТИВНОСТТА НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ И РАЗВИТИЕ НА СТРУКТУРИ ЗА ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ

2.3. ОСИГУРЯВАНЕ НА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

2.4. ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ – ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ НА ПСИХИАТРИЧНАТА ПОМОЩ

2.5. ОСИГУРЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ НА СПЕЦИФИЧНИ ГРУПИ – МАЙЧИНО И ДЕТСКО ЗДРАВЕ, РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ, ДОНОРСТВО И ТРАНСПЛАНТАЦИИ, ТРАНФУЗИОННА ХЕМАТОЛОГИЯ, ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА, ХОРАТА С УВРЕЖДАНЯ И ДР. УЯЗВИМИ ГРУПИ.

2.6. ПОДОБРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ И ОСИГУРЯВАНЕ БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

ПРИОРИТЕТ 3 ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА – ЕФЕКТИВНА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА

3.1. ЛЕКАРСТВА

3.2. МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ

ПРИОРИТЕТ 4 ЕЛЕКТРОННО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

ПРИОРИТЕТ 5 ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ – ПОДОБРЯВАНЕ НА УСЛОВИЯТА ЗА ОБУЧЕНИЕ И РАБОТА В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРИОРИТЕТ 6 ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ПОЛИТИКИ ЗА ЕФЕКТИВНО ФИНАНСИРАНЕ

VI. ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ПРЕДВИДЕНИТЕ ДЕЙНОСТИ – ИНДИКАТОРИ

VII. МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО И ПАРТНЬОРСТВО С НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИЯ СЕКТОР

VIII. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Осигуряването на здравословен начин на живот и насърчаването на благосъстоянието на всички хора, във всяка възраст, са важни компоненти на устойчивото развитие. Според действащата дефиниция на Световната здравна организация (СЗО) здравето е „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или немощ“. Здравеопазването е сфера на обществения живот, към която всеки български гражданин е особено чувствителен. Същественото е, че здравето следва да бъде основна индивидуална, обществена и институционална ценност – един от основните компоненти на националната сигурност, следователно всеобща грижа и споделена отговорност.

Достъпът до добро здраве и благополучие е основно човешко право. Програмата за устойчиво развитие на ООН предлага нови възможности, които да осигурят на всички хора достъп до най-високите стандарти в областта на здравеопазването и медицинското обслужване. Здравето е и ключов индикатор за устойчивото развитие.

Безспорно е, че усилията за подобряване здравето на нацията трябва да са насочени към постигане на интегрирана здравна профилактика, ефективна здравна система, високо доверие на населението към нея и към ангажиране на всички участващи в предоставянето и получаването на здравни грижи и услуги. Тези усилия обаче трябва да бъдат полагани в един значително по-широк контекст, където сектори извън здравната система имат сериозна и дори преобладаваща роля във формирането на общественото здраве.

Доказано е, че доброто здраве е резултат от взаимодействието между редица фактори, като индивидуални особености, наследственост, начин на живот и поведение, влияние на социално-икономически и културни фактори, околна среда, здравна система и т.н. Всички тези фактори или детерминанти на здравето са в динамично взаимодействие помежду си, като степента на влияние на всеки един от тях е различна в зависимост от спецификите на отделната страна, но като цяло икономическият статус, личното поведение и околната среда имат преобладаваща роля във формирането на здравето на една нация. Така например хората с ниски доходи имат затруднен достъп до здравната система, което води до влошаване на техния здравен статус, а оттам и до задълбочаване на социално-икономическите неравенства. Това определя и специалното внимание, което се отделя на въпросите за снижаването на бедността, преодоляването на неравенствата и осигуряването на необходимия достъп до здравни услуги.

От своя страна, здравето също оказва влияние върху икономическия растеж, като най-силно това влияние се проявява чрез ефекта върху човешкия капитал и развитието на трудовия пазар, чрез по-високата производителност на труда, по-големия интерес за извършване на инвестиции като важни условия за повишаване на икономическото благосъстояние на населението и намаляването на бедността.

Фундаменталните промени в системата на здравеопазването у нас след 2000 г. създадоха нови обществени взаимоотношения и преобразиха из основи целия сектор.

Значително се увеличиха публичните средства за медицински услуги, лекарства и изделия, увеличиха се публичните и частните инвестиции за медицинска апаратура и

инфраструктура. Общите разходи за системата на здравеопазване са се удвоили от 2005 г. насам, като разходите за здравеопазване на глава от населението в размер на 1311 EUR са четвъртите най-ниски в ЕС. Общите разходи за здравеопазване представляват 8,1 % от БВП, което е под средната стойност за ЕС от 9,8 %, но е по-високо от равнището в съседните държави. Директните плащания (ДП) от потребителите през 2017 г. са най-високите в ЕС (46,6 % в сравнение с 15,8 % като средна стойност) и се обуславят главно от доплащанията за лекарствени продукти и извънболнична помощ.

(https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf)

Заедно с това се създадоха и натрупаха проблеми, които все по-трудно намират решение поради редица обстоятелства от стратегически и политически характер. Причината за това е, че в последните години вниманието на обществото и институциите все повече се насочва към недостатъците на системата на здравеопазването, към работещите в нея и към управленските екипи. Това е напълно оправдано, като се имат предвид нарастващите изисквания на обществото, защото състоянието на общественото здраве у нас отстъпва значително от средното равнище в Европейския съюз (ЕС). От друга страна обаче, според различни изследвания ролята на здравната система за състоянието на общественото здраве е доста по-малка (около 10%) в сравнение със споменатите здравни детерминанти като лично поведение, околна среда, социално-икономически фактори и др. Самата здравна система изпитва допълнително външни въздействия, които оказват влияние върху нейната ефективност.

Ето защо когато се изгражда една стратегия за здраве, която обхваща цялото население на страната, трябва да се има предвид, че тя задължително трябва да включва и влиянията на тези групи детерминанти извън системата на здравеопазване.

Европейският съюз като проект, базиран на основните ценности и справедливостта, приема Програмата на ООН за устойчиво развитие до 2030 г. като уникална възможност за по-добро бъдеще. Устойчивостта е европейска цел и изискване. По отношение на Цел 3. „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“, ЕС допълва действията на държавите членки чрез законодателни и други инициативи в областта на общественото здраве, здравните системи и здравните проблеми, свързани с околната среда (качество на въздуха, химикали, отпадъци и др.) и климатичните промени. Съвместният доклад на Европейската комисия и ОИСР „Здравето накратко: Европа 2016“ показва, че с политиките за насърчаване на добро здраве и предотвратяване на болести, както и за по-ефективно здравно обслужване, може да бъде спасен животът на много хора и да се реализират икономии от милиарди евро в Европейския съюз. Ресурсите в европейските здравни системи трябва да се насочват по-ефективно там, където оказват най-голямо въздействие върху здравните резултати, включително върху профилактиката. Много по-важно е да се съсредоточат повече ресурси върху стратегиите за промоция на здравето и профилактика на заболяванията, за да се намали влиянието на рисковите фактори, и второ, да се подобри качеството на грижата при остри и хронични заболявания. Нужни са по-достъпни здравни системи за намаляване на финансовите бариери пред здравното обслужване, укрепване на достъпа до първична грижа, намаляване на прекомерното време за чакане и на директните плащания от потребителите.

По отношение на изпълнението на Целите за устойчиво развитие (ЦУР) Република България се нарежда на 33-то място от 149 страни в света според индекса на ЦУР, като стойността по този показател е по-висока (71,8/100 за България) от средната за региона (64,9/100). Страната ни е на едно от последните места в света (123-то от 149 страни) по

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

показател субективно благополучие, определен според това как самите хора в България определят своето собствено щастие и благополучие.

Приоритетите на Националната здравна стратегия 2021–2030 са в съответствие с определените в международните и българските стратегически и програмни документи, касаещи развитието на отделните направления на здравната политика след 2000 г., а именно:

- Програма на ООН за устойчиво развитие до 2030 г.
- Европейска рамка на политиката за здраве и благосъстояние “Здраве 2020”, СЗО
- Глобална стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания, СЗО, 2000
- Европейска стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания, СЗО, 2006
- Глобална стратегия за храненето, физическата активност и здравето, СЗО, 2004
- Глобална стратегия за намаляване на вредата от употреба на алкохол, СЗО, 2010
- Рамковата конвенция за контрол на тютюна, СЗО 2005
- Препоръка на Съвета на ЕС за среда без тютюнев дим, ЕС 2009
- Глобална стратегия за вирусни хепатити СЗО, 2016-2021
- Глобална стратегия на Световната здравна организация за превенция и контрол на ХИВ 2016-2021
- Глобална стратегия и цели за превенция, грижа и контрол на туберкулозата след 2015 г. СЗО
- План за действие за борба с туберкулозата за Европейския регион на СЗО 2016-2020 на Регионалния комитет на СЗО за Европа
- Глобална стратегия за здравето на жените, децата и подрастващите 2016-2030 г., СЗО
- Европейска стратегия за хората с увреждания 2010–2020
- Обща програма на Европейския съюз за действие за околната среда до 2020 година „Да живеем добре в пределите на нашата планета“, 2013 г.
- Национална програма за развитие: Република България 2030, одобрена с Решение № 33 на Министерския съвет от 20 януари 2020 г. (<https://www.minfin.bg/bg/1394>)
- Национална здравна стратегия 2020
- Национална стратегия за хората с увреждания 2016-2020
- Национална стратегия за детето 2008-2018
- Национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата от Република България“, приета от МС през 2010 г.
- Доклад за здравето на гражданите в Република България и изпълнение на Националната здравна стратегия за 2018 г.
- Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030)
- Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020
- Национална стратегия за дългосрочна грижа

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

- *Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в България 2014-2020*
 - *Концепция „Цели за здраве 2020“*
 - *Конвенция за правата на хората с увреждания 2006*
 - *Конвенция на ООН за правата на детето*
 - *Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020*
 - *Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България за периода 2017-2020 г.*
 - *Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 г.*
 - *Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г.*
 - *Програма за управление на правителството на Република България за периода 2017-2021 г.*
 - *Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г., приоритет „Здравеопазване“*
 - *Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон, 2018-2022 г.*
 - *Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ)*
 - *Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017-2020 г.*
 - *Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия, безсрочен*

II. ЗДРАВНО – ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

Анализът на здравно-демографската ситуация на дадена страна е важен, като възможност за оценка и определяне насоките за развитие на здравеопазването чрез внедряване на дейности, включени в здравната стратегия на държавата.

Настоящата демографска ситуация в Република България е резултат от продължителното въздействие на множество фактори и влияния, част от които са валидни и за останалите страни от ЕС, а други кореспондират с национални особености.

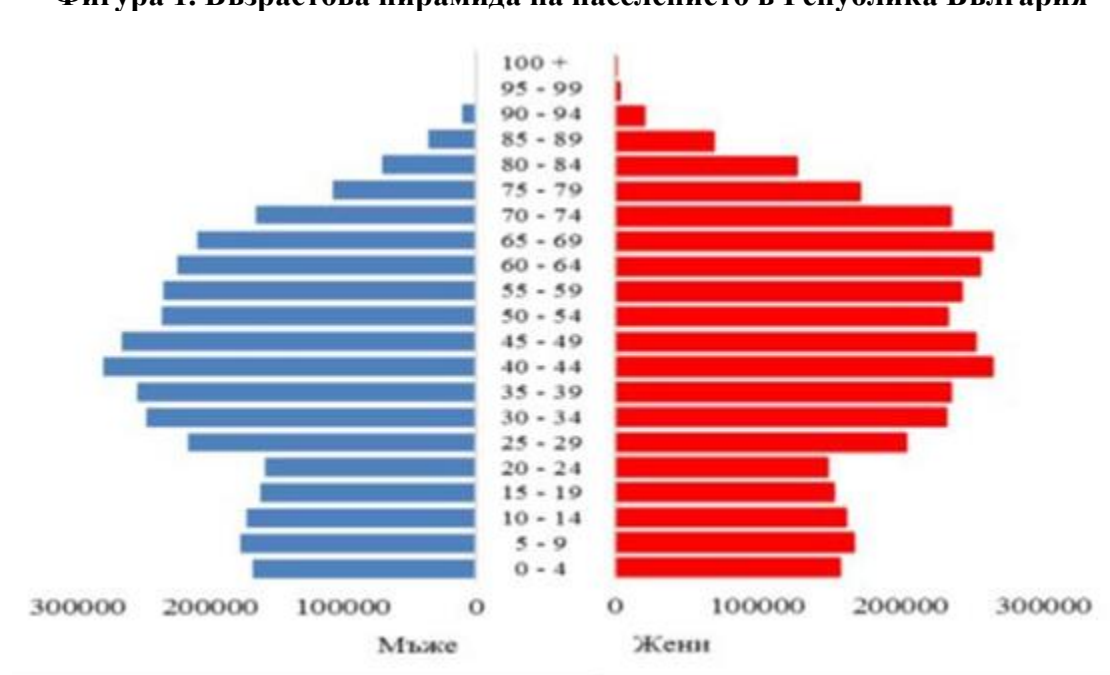
Основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие са застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора.

Към 31.12.2019 г. населението в Република България е 6 951 482 души, като в сравнение с предходната година то е намаляло с 48 557 души (0.7%) и представлява 1.4% от населението на Европейския съюз.

Продължава трайната тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата, и то в пограничните северозападни и югоизточни райони, което представлява сериозен проблем за икономическото развитие и за държавното и регионално управление.

Под влияние на промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота и външната миграция предимно на млади хора, продължава процесът на демографско остаряване и увеличаване на дела на населението над 65 години, което през 2019 г. възлиза на 21.6 % при 20.0 % за ЕС.

Фигура 1. Възрастова пирамида на населението в Република България



Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (8.8 %) през 2019 г., обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, и остава по-ниска от средната стойност за ЕС (9.7‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Високото ниво на смъртността в Република България – обща и преждевременна е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател, който през 2019 г. възлиза на 15.5 % и остава значително по-висок от средния за ЕС – 10.3 %.

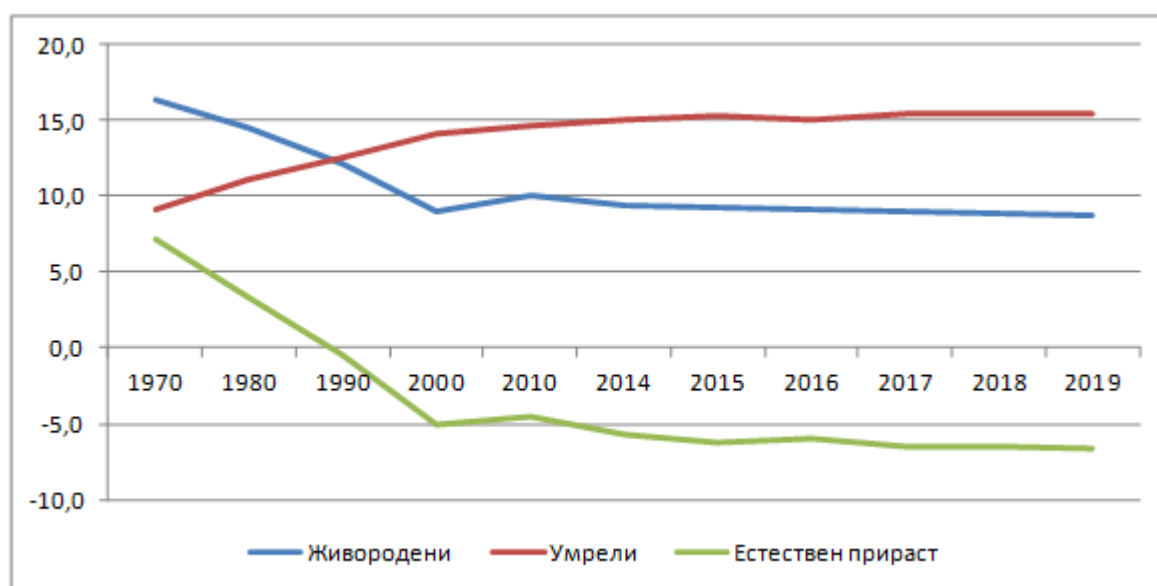
Показателят на преждевременната смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите) намалява с 0.5 % за последната година и през 2019 г. е 20.5 %. При мъжете (27.4 %) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените 13.1 %.

От 1990 г. естественият прираст на населението в Република България е отрицателен и през 2019 г. е минус 6,7 ‰

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен: минус 2 012 души, като намалението е в резултат на външна

миграция, в която участват предимно лица от младите активни възрасти. През 2019 г. 49.1% от емигрантите са на възраст от 20 до 39 години и 15.9% под 20 години.

Фигура 2. Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1000 души)

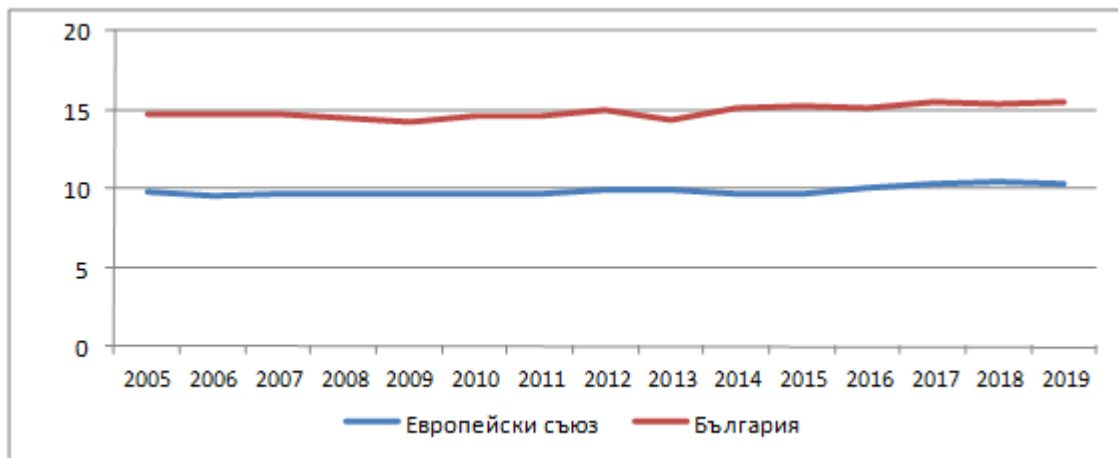


Източник: Национален статистически институт (НСИ)

Република България остава страна с най-високи стандартизирани коефициенти за смъртност (1 631‰) сред страните от ЕС (998.1‰).

Обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

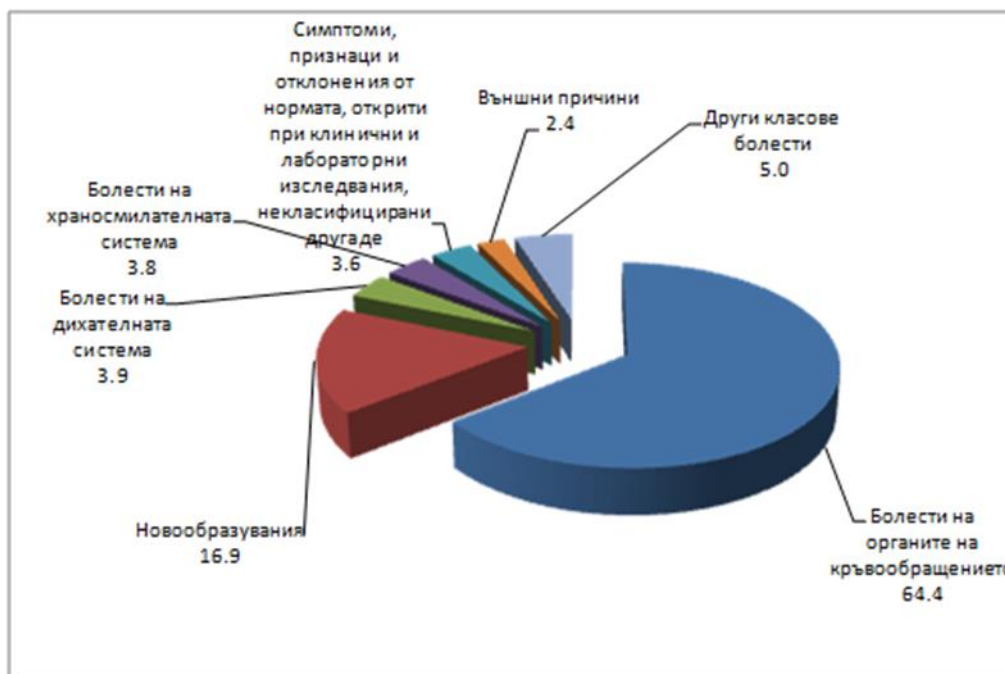


Източник: НСИ, Евростат

Запазва се структурата на умирианията по причини които и през 2019 г. продължават да са водещи - болестите на органите на кръвообращението, на които се дължат през 2019 г. 64,4% от всички умириания, на второ място са новообразуванията – 16.9 %.

Стандартизираният коефициент за смъртност от болестите на органите на кръвообращението за България (1 115.8‰) е 3 пъти по-висок от средния за ЕС (365.5‰).

Структура на умирианията по причини в България през 2019 г.



Източник: НЦОЗА

Достигнатото равнище на детската смъртност през 2019 г. (5.6‰) е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България, но въпреки това остава по-високо от средното за ЕС (3.7‰)

Показателят за мъртва раждаемост в България намалява и възлиза на 5,6‰) но е по-висок от средната стойност за ЕС (4.5‰).

Средната продължителност на живота у нас за периода 2017-2019 години е 74.9 г. се увеличава в сравнение с предходния период, но все още остава по-ниска от тази в ЕС – 81 години.

Заболеваемост и инвалидност

В Република България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза – като през 2019 г. показателят достига до 18.5 на 100 000 население.

През 2019 г. заболяемостта от злокачествени новообразувания достига 434.9‰. Най-висока е заболяемостта от рак на млечната жлеза и рак на храносмилателните органи при жените и от рак на храносмилателната система и рак на мъжките полови органи при мъжете. Заболеваемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 572.9‰.

Статистическите данни за заболяемостта по хоспитализации за периода 2005-2019г. показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 2 401 759 (34 188.6‰) през 2018г. на 2 412 523 (34 584.4‰) през 2019 г.

Сред причините за хоспитализация по класове, водещи са болестите на органите на кръвообращението (13.6%), болестите на дихателната система (9.5%) и болестите на храносмилателната система (9.2%).

Лица с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане

Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 год. възраст се увеличава, като от 53 061 през 2018г. достига 55 494 души през 2019г.

През последните няколко години намалява и броят на освидетелстваните деца до 16 г. възраст, с признати вид и степен на увреждане, като дялът на децата със 71-90% е 21.2%, а с най-тежката степен над 90% са 14.3%.

ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ

Социално-икономически фактори

За 2019 г. реалните доходи на населението нарастват с 6.3% спрямо 2018 г. при запазена структура. Работната заплата продължава да бъде най-значителният източник на приход (55.5%).

Разходите на българските домакинства също нарастват, основно за задоволяване на потребностите. Продължава да намалява дялът на разходите за храна и да се увеличават разходите за здравеопазване.

Относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок. Най-висок е за децата до 18-годишна възраст, населението в над трудоспособна възраст; безработните, пенсионерите и останалите икономически неактивни лица.

Дялът на хората, които са изложени на риск от бедност и/или социално изключване е 38.9%. Република България е на последно място по този показател в ЕС при средноевропейско равнище от 22.55%.

Въпреки положителните данни за коефициента на заетост, за Република България той остава под средния за ЕС, проблем са продължително безработните.

Околна и трудова среда

По отношение състоянието на околната и жизнената среда, в отделни региони на страната продължават да съществуват предизвикателства, свързани с отклонения в качеството на атмосферния въздух, питейните води, шумовото натоварване, оптичните лъчения, които могат да имат потенциално негативно отражение върху здравето на населението и/или различни уязвими групи от него.

Промените на пазара на труд, застаряването на работната сила и миграцията поставят редица предизвикателства при осигуряване на здравословни условия и организация на труд и трудово-медицинско обслужване. Въпреки намаляването на броя на трудовите злополуки (ТЗ), нивото на смъртните ТЗ остава по-високо в сравнение със средните стойности в ЕС. Нивото на разкрита професионална заболяемост и болестност в Република България е значително по-ниско от това в страните от ЕС.

Поведенчески фактори

Рисковите фактори, свързани с начина на живот, са широко разпространени сред населението.

Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите за социалнозначимите заболявания рискови фактори, включително и ниската физическата активност.

При деца от 1 до 5 години е установен относителен дял на изоставане в ръста за съответната възраст от 7,0% и на наднормено тегло от 8,3%. Остава висок относителният дял на наднормено тегло (вкл. затлъстяване) сред населението в Република България - 30,1% при децата от 5 до 19 годишна възраст и 58.3% при населението над 19 години, като затлъстяването е съответно 10.3% и 23.7%.

Разпространението на тютюнопушенето сред българското население е най-високо в ЕС и е с почти седем процентни пункта над средното за ЕС. Не по-малко от 28 % от възрастното население, включително повече от един на всеки трима (35 %) мъже, пушат ежедневно. (Данни от „Здравния профил за Република България“, 2019 г. - https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_bulgaria_bulgarian.pdf)

Продължава повишаването на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната (за периода 2001-2018 г. с 12.8 л)

Дялът на мъжете, които консумират редовно алкохол е значително по-голям от този на жените, съответно 40.8% и 10.9%, като показателят при мъжете е най-висок във възрастовите групи 45-54г. и 55-64г. При останалите не се наблюдават значими различия

между двата пола – съответно 40% от мъжете и 41% от жените. Високи стойности индикира възрастовата група при мъжете 20-24 г., докато при жените не се наблюдават значими различия по възрастови групи. (*Национално проучване на факторите на риска за здравето 2014, НЦОЗА*)

Делът на редовно спортуващите продължава да бъде нисък - едва 7%.

Веднъж седмично и по-рядко практикуват физически упражнения и спорт близо 60.0% от изследваните, малко по-често жените (61.1% срещу 57.4%). Разпределението по възрастови групи показва повишаване на показателите до 45-54 години (68.8%), след което те намаляват и постигат до 37.6% при най-възрастните. При мъжете най-висок е делът на 35-44 и 45-54-годишните, при жените – 25-34 и 35-44 години. Не практикуват физически упражнения поради болест и инвалидност – 16.0% от лицата, предимно във възрастта 45-54 г. и 55-64 години, повече жените. (*Национално проучване на факторите на риска за здравето 2014, НЦОЗА*).

Употребата на наркотици и психотропни вещества продължава да поддържа високи нива. Най-масова е употребата на марихуана. Нараства популярността на нови субстанции.

Броят на новооткритите случаи на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици бележи тенденция за намаляване.

III. СТРАТЕГИЧЕСКА РАМКА ЗА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ, ТЕКУЩО СЪСТОЯНИЕ И SWOT АНАЛИЗ

Националната здравна стратегия 2021-2030 е в съответствие с Визията, целите и приоритетите на Националната програма за развитие: България 2030, одобрена с Решение № 33 на Министерски съвет от 20.01.2020 г., като рамков стратегически документ, фокусиран върху три стратегически цели: ускорено икономическо развитие, демографски подем и намаляване на неравенствата. Реализирането на стратегическите цели ще се осъществява чрез провеждане на целенасочени политики и интервенции, групирани в пет взаимосвързани и интегрирани оси на развитие – „Иновативна и интелигентна България“, „Зелена и устойчива България“, „Свързана и интегрирана България“, „Отзивчива и справедлива България“, и „Духовна и жизнена България“. Приоритет 12 „Здраве и спорт“ е част от оста на развитие „Духовна и жизнена България“ и неговата основна цел е подобряване на здравните характеристики на населението и повишаване на качеството на човешкия капитал в страната. Поставя се акцент върху осигуряването на равен достъп за всички до качествени здравни услуги с оглед изпълнение на цел 3 от Целите за устойчиво развитие на ООН – „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“.

Рамката на приоритет „Здраве и спорт“ маркира следните водещи насоки в здравеопазването: оптимизиране на разходната структура с акцент върху извънболничната помощ и дългосрочните грижи; повишаване на ефективността на здравната промоция и превенция, включително повишаване на здравната култура и

ограничаване високите нива на рисковите фактори за здравето на населението; оптимизиране на болничната помощ, в т.ч. на модела на финансиране и остойността на клиничните пътеки; подобряване на материално-техническата база и осигуреността с медицинска апаратура и специалисти, усъвършенстване на спешната помощ, преодоляване на териториалните диспропорции; осигуряване с качествени, достъпни, доказано ефективни лекарствени продукти; развитие на електронно здравеопазване за подобряване на достъпа и качеството на здравните услуги, в т.ч. и възможности за трансграничен обмен на здравна информация на гражданите на ЕС; прилагане на иновативни технологии за насърчаване и контрол на здравна профилактика, предоставяне на дистанционни здравни и мобилни услуги за наблюдение на пациентите.

Текущото състояние на функционирането на здравната система се характеризира със:

- Системата на здравеопазване в България разполага с изградени структури и органи за управление и контрол, които осигуряват нейното функционално единство и взаимодействие и задоволяват основните потребности на населението от медицинска помощ.
- Общите разходи за здравеопазване представляват 8,1% от брутния вътрешен продукт при 9,8 % за ЕС. Директните плащания от потребителите (46,6 %) са близо три пъти по-високи от тези за ЕС (15,8 %).
- Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики: Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве“ (разходите по политиката през 2019 г. са в размер на 90,1 млн. лв. при 82,9 млн. лв. за 2018 г.); Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ (разходите се увеличават от 405 млн. лв. през 2018 г. на 470 млн. лв. през 2019 г.); Политика в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“ – 29,3 млн. лв. за 2019 г.
- През 2019 г. са отчетени разходи по национални програми в размер на 7 225,8 хил. лв. В сравнение с 2018 г. се отчита намаление от 83,1 хил. лв. или 1,1%.
- По програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, отчетените разходи до 31.12.2019 г. по програма „Подобряване на устойчивостта на НП по туберкулоза“ са в размер на 3 923,8 хил. лв.
- Общият размер на получените от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) приходи и трансфери – всичко към 31.12.2019 г., възлиза на 4 396 527,5 хил. лв., което представлява 100,3% спрямо заложените в годишния план за 2019 г. средства. В сравнение със същия период на 2018 г. се отчита увеличение с 448 457,8 хил. лв., или с 11,4%, което основно се дължи на увеличения размер на здравноосигурителните приходи през 2019 г.
- За 2019 г. размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8%, като не се променя процентното съотношение за внасянето ѝ спрямо 2014 г. – запазва се съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника.
- Осигуреността с лекари (42.6 на 10 000 души), надвишава средните европейски показатели (ЕС – 35.1 на 10 000).
- Осигуреността със специалисти по здравни грижи през 2019 г. възлиза на 66,9 на 10 000 души.

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

- Възрастовата структура на медицинските специалисти остава неблагоприятна, като увеличаващата се средна възраст увеличава риска от дефицит на кадри поради пенсиониране.
- И през 2019 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ.
- Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната продължава да е в тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти. Недостигът на специалисти в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, касаещи както превенцията на човешкото здраве и благополучие в частност, така и здравната сигурност на страната.
- Липсата на квалифицирани кадри, на съвременно лабораторно оборудване и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на задълженията и поетите ангажименти от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения и се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.
- Отчита се значително увеличаване на доверието към новата система на специализация и спад в желанието за емиграция на медицински специалисти.
- Без съществени промени остава системата за продължаващо обучение в здравеопазването като препоръчителен, а не задължителен елемент.
- Разпределението на структурите от националната здравна мрежа продължава да е неравномерно с нарастващи териториални различия и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до отделните видове медицинска помощ.
- Продължава да е нарушено взаимодействието и координацията между отделните сектори на системата – спешна помощ, извънболнична и болнична медицинска помощ, което нарушава интегритета на системата и намалява качеството и ефективността на медицинската помощ.
- В сектора на първичната медицинска помощ се наблюдава неравномерно териториално покритие с практики на общопрактикуващи лекари (ОПЛ), особено в районите с влошена инфраструктура, труднодостъпни и отдалечени населени места. Запазва се осигуреността на гражданите с ОПЛ средно за страната. (през 2019 г. е един лекар на 1 718 здравноосигурени лица, а през 2018 г. един лекар на 1690 здравноосигурени лица.)
- Продължават да преобладават индивидуални практики за първична медицинска помощ като форма на организация на работа на общопрактикуващите лекари.
- Извънболничната помощ не развива своя капацитет за осигуряване на непрекъснат достъп на пациентите до първична и специализирана помощ, особено в труднодостъпните и отдалечени места.
- През 2019 г. при дейностите по „Детско здравеопазване” не се наблюдава ръст в отчетените профилактични прегледи на здравно осигурени лица (ЗОЛ) до 18 г.
- Средно за страната 39% от ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед.

През 2019 г. е налице е ръст на прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с 2 заболявания с 2,2% спрямо 2018 г. и на прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от 2 заболявания със 7,6%.

- По програма „Майчино здравеопазване“ продължава трайна тенденция към намаление на бременните, наблюдавани от ОПЛ, профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари специалисти по „Акушерство и гинекология“ в Специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП).
- Данните от направените проверки от Изпълнителната агенция „Медицински надзор“ (ИАМН) по сигнали и жалби от граждани показват, че най-чести са нарушенията на Закона за здравето и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.
- Структурата на системата за спешна медицинска помощ остава постоянна и единствена възможност за своевременен достъп не само до спешна, но и до базова медицинска помощ за определени групи от населението. Спешната медицинска помощ продължава да изпълнява и неспецифични за нея дейности.
- Изграден и оборудван е Национален център за обучение и квалификация на работещите в системата за спешна медицинска помощ. Предвидени са допълнителни дейности, като създаване на онлайн система за дистанционно обучение чрез разработване на специализиран софтуер за осигуряване на теоретично и практическо обучение на участниците в обученията, закупуване на високотехнологично оборудване и създаване на диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми.
- Осигуреността на населението с болнични легла през 2019 г. нараства на 77.7 на 10 000 души, при запазена ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа (3,5 на 10 000 души).
- Задържа се тенденцията за задлъжнялост на болничните лечебни заведения, особено при високотехнологичните, като се увеличават рисковете за закриване на тези в общините и отдалечените райони поради невъзможност да отговорят на изискванията за сключване на договори с РЗОК.
- Честотата на хоспитализациите се увеличава на 34,58 на 100 души от населението през 2019 г.
- Над половината от общия болничен леглови фонд (59.1%) е концентриран в 7 области.

Предизвикателства пред здравната система:

- Нарастване на публичните разходи за здравеопазване без постигане на желаните медицински резултати и удовлетвореност от пациентите за ефекта от лечението;
- Отсъствие на единна информационна система за проследяване и контрол върху дейностите и разходите;
- Липса на обвързаност между растящите разходи в извънболничната помощ спрямо тенденциите за хоспитализация;
- Небалансирана система на разходите в полза на тези за лекарства спрямо свързаните с превенция и профилактика;

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

- Преките плащания от страна на пациентите са най-високите в ЕС, като са налице и нерегламентирани плащания;
- Липса на взаимодействие между отговорностите на лекарите в извънболничната и болничната системи;
- Несъвършена система на договаряне на цени и обеми на дейностите с представителите на съсловните организации;
- Липса на обвързаност между механизмите на финансиране на медицинските дейности и критериите и стандартите за качеството и ефективността на лечение на пациентите;
- Недоволство на населението от качеството на предоставяните услуги и високия и нерегламентиран размер на доплащанията;
- Липса на обвързаност и синхрон в нормативните документи и в действията на институциите, ангажирани в сектора;
- Неравномерна осигуреност с медицински специалисти на територията на страната, териториални дисбаланси в разпределението на ресурсите и медицинските специалисти;
- Липса на съответствие между медицински стандарти, акредитация и разрешителни за дейност на лечебните заведения;
- Сключване на договори между НЗОК (РЗОК) и лечебните заведения „на база на исторически бюджет“ без контрол за изпълнение на критериите и изискванията от страна на заведението.

Препоръки, отправени към България в сектор „Здравеопазване“

Съгласно СПЕЦИФИЧНАТА ПРЕПОРЪКА НА СЪВЕТА относно Националната програма за реформи на Република България за 2020 г. и съдържаща становище на Съвета относно конвергентната програма на Република България за 2020-2023 г., България трябва „да мобилизира достатъчно финансови ресурси за укрепване на устойчивостта, достъпността и капацитета на здравната система и да гарантира балансирано регионално разпределение на здравните работници, което да отговаря на потребностите на населението.“

Анализ на силните и слабите страни, възможностите и заплахите за системата на здравеопазване (SWOT анализ)

<i>Силни страни</i>	<i>Слаби страни</i>
<ul style="list-style-type: none">♦ Наличие на административен, изпълнителски и научен капацитет за функциониране на здравната система и провеждане на реформа.♦ Добре развита здравна мрежа, покриваща цялата страна.♦ Осигуреност с медицински специалисти с добра квалификация.	<ul style="list-style-type: none">♦ Много на брой лечебни заведения с наличие на териториални диспропорции.♦ Недостатъчна осигуреност на здравната система с финансови средства.♦ Неефективно използване на предоставените финансови ресурси.

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Добре развита система на медицинско образование. ♦ Осигурен свободен избор на пациента. ♦ Улеснен достъп до болнична помощ и лекарства. ♦ Достъп до най-модерни медицински диагностични и лечебни технологии. ♦ Относително ниска здравна осигуровка срещу осигурен универсален пакет медицински услуги. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Неудовлетвореност на населението от качеството на предоставяните услуги и голям и нерегламентиран размер на доплащанията. ♦ Недостатъчен обем и финансиране на профилактичната дейност. ♦ Затруднен достъп до качествени здравни услуги в отдалечени и труднодостъпни населени места. ♦ Слабо използване на природните ресурси за лечебна и рехабилитационна дейност. ♦ Неэффективна координация между отделните структурни звена в системата и недобро управление на болниците. ♦ Слабости и противоречия в нормативната база. ♦ Недостатъчно и слабоэффективно междусекторно сътрудничество. ♦ Липса на единна информационна система за ефективен обмен на информация в системата на здравеопазването. ♦ Висока степен на използване на спешната помощ от здравно неосигурени лица за лечение на неспешни състояния ♦ Неравномерно подsigуряване със средства за обновяване и поддържане на материално-техническата база и съвременна медицинска апаратура и техника.
--	--

<i>Възможности</i>	<i>Заплахи</i>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Повишаване на здравната информираност на населението. ♦ Планиране и осигуряване на медицински специалисти по вид дейности в дългосрочен период съобразно потребностите на населението от определена здравна помощ. ♦ Рационализиране възможностите за специализация и продължаващо обучение на изпълнителите на медицинска помощ. ♦ Използване благоприятните географски климатични условия за развитие на балнеологията и лечебния туризъм. ♦ Използване фондовете на ЕС за постигане на поставените стратегически цели. ♦ Развитие на дейностите, свързани с продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи; ♦ Разширяване възможностите на здравната система за реагиране при кризисни ситуации. ♦ Въвеждане на електронно здравеопазване и изграждане на национална здравна информационна система. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Неподготвеност на системата за осигуряване на медицинска помощ и грижи за застаряващо население. ♦ Намаляване на специалистите от определени медицински специалности и тяхното застаряване. ♦ Намаляване броя на професионалистите по здравни грижи и най-вече на медицинските сестри. ♦ Задълбочаващо се неефективно финансиране на здравната система. ♦ Възникване и разпространение на епидемии и пандемии. ♦ Недостатъчна подготвеност на системата да реагира адекватно при евентуално възникване на екологични кризи и катастрофи. ♦ Недостатъчна подготвеност на системата за посрещане на заплахи в резултат от миграционните процеси.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Въвеждане на иновативни методи в медицинската наука и практика. ♦ Въвеждане на ефективни скринингови програми на най-разпространените онкологични заболявания. ♦ Подобряване на материалната база на лечебните заведения и осигуряване на високотехнологична апаратура за диагностика и лечение ♦ Създаване на условия за използване на телемедицина и развитие на въздушния санитарен транспорт в системата за спешна медицинска помощ ♦ Насърчаване на донорството и развитие на трансплантационната дейност 	
--	--

Изводи и заключения за перспективите

Основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие (застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади хора и хора в активна възраст) поставят сериозни предизвикателства пред бъдещото функциониране на системите на социално осигуряване и подпомагане, здравеопазване, образование и публични финанси. Като цяло текущата демографска картина в страната и перспективите за нейното развитие в средносрочен и дългосрочен план показват, че при непроменени политики демографският фактор ще компрометира възможността на икономическата система да генерира висок и устойчив растеж и ще понижава ефективността на икономическата политика, насочена към осигуряването на предпоставки за такъв растеж.

За цялостния здравнополитически процес е важно не само формулирането и началното възприемане на дадена политика, но и какво се случва след това, когато тя се внедри като закон, организационен модел, професионална и управленска култура. Повечето от здравните политики и стратегии не са успешни именно в практическото им прилагане. На практика добре формулирани решения пораждат непредвидени трудности и конфликти в процеса на тяхната реализация. Слабост на националната здравна политика е доминирането на изолирани краткосрочни приоритети, които се променят често или остават неосъществени. От друга страна, съществува изобилие от приоритети, подчинени на моментни или конюнктурни обстоятелства.

Приемането на дългосрочна стратегия за десетгодишен период ще гарантира по-голяма устойчивост на провежданите политики предвид инертния характер на процесите в здравеопазването и факта, че появата на резултати често пъти надхвърля рамките на един политически мандат.

IV. ВИЗИЯ И СТРАТЕГИЧЕСКИ ЦЕЛИ ЗА РАЗВИТИЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ ДО 2030 г.

Извършеният анализ на здравето състояние на населението в страната и функционирането на здравната система позволява да се очертаят приоритетите и стратегическите линии за бъдещите действия и реалният шанс за постигане на икономически растеж и социално благополучие чрез оптимални инвестиции за по-добро здраве.

ПРИОРИТЕТИ на сегашния етап от развитие на здравеопазването в Република България:

1. **Обществено здравеопазване** – укрепване капацитета на общественото здравеопазване за постигане здравно благополучие на всички граждани чрез провеждане на активни, ефективни и ефикасни промотивни, профилактични, лечебни и рехабилитационни дейности с акцент към хроничните незаразни болести.
2. **Достъп до здравеопазване** – подобряване на достъпа, качеството, ефективността и контрола на медицинските дейности с цел подобряване здравето на населението.
3. **Лекарствена политика** – провеждане на ефективна лекарствена политика, въвеждане на системи за контрол на разходите за лекарства, борба с антимикробната резистентност.
4. **Човешки ресурси** – развитие на човешките ресурси, подобряване условията за обучение и работа за повишаване на техния социален и икономически статут.
5. **Осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазване** – политики за ефективно финансиране.

На основата на тези приоритети са разработени визията и стратегическите цели на Националната здравна стратегия.

В съответствие с „Визията, целите и приоритетите на Национална програма за развитие: България 2030“, национални и европейски стратегически документи, България определя Визия за развитие на здравеопазването до 2030 г.

ВИЗИЯ

за развитие на здравеопазването в България до 2030 г.

Здраве за всички – чрез ефективна промоция на здраве и превенция на болестите, условия за здравословен начин на живот, достъпни и качествени здравни услуги.

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 1. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ- УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ II. КАЧЕСТВЕНА И ДОСТЪПНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА, БОЛНИЧНА, СПЕШНА И ПСИХИАТРИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ III. АДЕКВАТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ И ГРИЖИ ЗА СПЕЦИФИЧНИ И УЯЗВИМИ ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ IV. ВИСОКОЕФЕКТИВЕН КОНТРОЛ НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ V. ЕФЕКТИВНА ПОЛИТИКА ПО ОТНОШЕНИЕ НА ЛЕКАРСТВА И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ VI. ИЗГРАДЕНО ЕЛЕКТРОННО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИОННА СИСТЕМА

ЦЕЛ VII. ДОСТАТЪЧНИ И КВАЛИФИЦИРАНИ ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПОДОБРЕНИ УСЛОВИЯ ЗА ОБУЧЕНИЕ И РАБОТА

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ VIII. ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ IX. ИНОВАТИВНА МЕДИЦИНСКА НАУКА И ПРАКТИКА

V. ПРИОРИТЕТИ, ПОЛИТИКИ И МЕРКИ ЗА ТЯХНОТО РЕАЛИЗИРАНЕ

ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ

ПРИОРИТЕТ 1 УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ И УКРЕПВАНЕ НА СИСТЕМАТА ЗА ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНТОТО ЗДРАВЕ

ПРИОРИТЕТ 2 ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО, ЕФЕКТИВНОСТТА И КОНТРОЛА НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ

ПРИОРИТЕТ 3 ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА – ЕФЕКТИВНА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА

ПРИОРИТЕТ 4 ЕЛЕКТРОННО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

ПРИОРИТЕТ 5 ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ – ПОДОБРЯВАНЕ НА УСЛОВИЯТА ЗА ОБУЧЕНИЕ И РАБОТА В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРИОРИТЕТ 6 ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ПОЛИТИКИ ЗА ЕФЕКТИВНО ФИНАНСИРАНЕ

ПРИОРИТЕТ 1 ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ - УКРЕПВАНЕ КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

1.1. Промоция на здравето и профилактика на заболяванията

Според данни от здравния профил на Република България за 2019 г. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_bulgaria_bulgarian.pdf над 80 % от смъртните случаи при мъжете и жените са причинени от сърдечно-съдови и онкологични заболявания. Отчетено е наличието на големи регионални неравенства, пример за което са шесткратните разлики при продължителността на живот в различните региони. В България също така са налице големи различия в здравното състояние между социално-икономическите групи.

Основни причини за влошения здравен статус са кръвно налягане, хранителният режим, тютюнопушенето и високият индекс на телесна маса. Равнищата на тютюнопушенето и консумацията на алкохол остават значително над средните за ЕС. **Разпространението на тютюнопушенето сред българското население е най-високо в ЕС и е с почти седем процентни пункта над средното за ЕС.** Не по-малко от 28 % от възрастното население, включително повече от един на всеки трима (35 %) мъже, пушат ежедневно. Равнищата на тютюнопушене сред младежите са сходни: разпространението на тютюнопушенето сред 15-годишните момчета е второто най-високо в ЕС (21 %, след Хърватия), докато 30 % от 15-годишните момичета — най-високото равнище в ЕС — са редовни пушачи.

По отношение на превенцията и контрола водещите документи са Глобална стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания¹ и план за действие към нея² на Световната здравна организация (СЗО) и Европейска стратегия за превенция и контрол на незаразните болести³ и план за действие към нея⁴.

Ниската физическа активност е един от основните поведенчески фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. Тя е четвъртият рисков фактор за глобалната смъртност (6% от смъртните случаи в света). Всеки четвърти възрастен и 80% от младите хора са недостатъчна физическа активност.

За подобряване на качеството на живот и ограничаване на тежестта на хроничните заболявания и уврежданията е необходимо да бъде възприет подход, който е насочен към промоцията на здравето, профилактиката на заболяванията, ранната диагностика и подобро управление на здравословното състояние.

МЕРКИ:

¹ Resolution WHA53.17 on Prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf).

² 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

³ Gaining health The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006

⁴ Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf

- 1.1.1 Прилагане на интердисциплинарен подход при изпълнение на политиките за промоция на здравето и профилактика на болестите на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на Министерството на здравеопазването;
- 1.1.2. Прилагане на интегрирани модули за интервенция за намаляване факторите на риска (поведенчески) при различните възрастови и професионални групи и др. чрез използване на различни стратегии за координиране на дейностите на специалистите;
- 1.1.3. Изграждане на диалог и партньорство за съвместни дейности за здраве с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации, сдружения, медии и др.;
- 1.1.4. Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по промоция на здраве и превенция на болестите на национално и регионално ниво и надграждане на утвърдената национална политика;
- 1.1.5. Създаване на база данни за детерминантите на здравето, като основа при разработване на национални и регионални програми за промоция и превенция;
- 1.1.6. Повишаване на знанията и методичния капацитет на РЗИ в областта на здравословния начин на живот, с възможности за консултиране на населението за повишаване на информираността, уменията и мотивацията на населението в тази насока;
- 1.1.7. Преориентиране на структурите на националната система за здравеопазване (РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, болници и др.) към промоция на здраве и профилактични дейности;
- 1.1.8. Разширяване на спектъра на предлаганите в болниците медицински услуги с такива по промоция на здравето и профилактика на болестите. Разработване на критерии за оценка на дейностите;
- 1.1.9. Мерки за ранно откриване на най- често срещаните онкологични заболявания.
- 1.1.10. Превантивните мерки за контрол на сърдечносъдовите заболявания чрез въздействие върху факторите на риска, водещи до тяхното възникване
- 1.1.11. Мерки за ранно откриване на случаите на диабет и осигуряване на добро качеството на живот на диабетно болните.
- 1.1.12. Осигуряване на ефективна превенция и повлияване на хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ)
- 1.1.13. Разработване и внедряване на ефективни скринингови програми при деца и възрастни.

1.2 Насърчаване на здравословния начин на живот (чрез ограничаване на рисковите фактори – тютюневи изделия, алкохол, наркотични вещества, нездравословно хранене и др.)

Тютюнопушенето е най-значимият предотвратим фактор на редица социално-значими заболявания. То причинява повече здравни проблеми в сравнение с алкохола, кръвното налягане, затлъстяването или повишения холестерол. Употребата на тютюн е сред основните фактори за развитието на рак, белодробни и сърдечносъдови заболявания. Затова отказът от тютюнопушене намалява рисковете от сърдечен инфаркт, мозъчен инсулт и рак. Тютюневите изделия са продукти, в които се съдържа психоактивното вещество никотин. Те могат да се пушат, нагриват, смучат, дъвчат или смъркат. В тях се съдържат над 8400 химически вещества, 69 от които са канцерогенни¹. Тютюневите

изделия водят до пристрастяване и увреждат човешкото здраве. Те убиват повече от половината от своите потребители.

През последните години предизвикателствата за превенция на употребата на тютюневите продукти са свързани с готовността на здравната система и експертиза по отношение на вредите за здравето вследствие на употреба от нови, електронни и нагряваеми тютюневи изделия. Тези изделия привличат основно младите хора с агресивните си реклами и атрактивен вид на устройствата, като се има предвид, че 70 % от пушачите започват да пушат преди навършването на 18 години, а 94 % — преди навършването на 25 години.

По отношение превенция на злоупотребата на алкохола се предприемат действия за ограничаване на негативните здравни, социални и икономически ефекти на алкохола в нашето общество. Допълнителните усилия за опазването на човешкото здраве и намиране на най-добрите подходи за информиране на гражданите за вредите от прекомерната употреба на алкохол. Ролята на превенцията е от изключително значение в контекста на повишаване ефективността на здравните системи. Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите. Алкохолът е причина за около 20-30% от случаите на заболяване на хранопровода, цирозата на черния дроб, епилептичните припадъци, убийствата и пътните произшествия в света. Резултатите от „Национално изследване на факторите на риска, свързани с начина на живот сред население на възраст 25-64 г.“ проведено от Националния център по общественото здраве и анализи (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.

По данни от Национално представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България (на възраст 15-64 години), проведено през 2016 г., общо 11.2% (между 472 000 – 565 000 лица) от възрастното население са употребили поне веднъж в живота си някакво наркотично вещество. В сравнителен план делът на тези хора е по-висок от всички други предходни години.

Най-масово употребяваното наркотично вещество в България е марихуаната – 8.1 % (337 900 – 416 585 души) от анкетираните са го опитали поне веднъж в живота си.

На второ място по разпространение на употребата сред общото население са веществата от групата на стимулантите: екстази – 2.1% (приблизително 78 688 – 115 718 души), амфетамини – 1.5% (приблизително 50 916 – 87 950 души), кокаин – 0,9% (приблизително 27 772 - 55 545 души) и метамфетамини – 0.3% (приблизително 4 629 – 23 144 души).

Намаляване търсенето на наркотици обхваща спектър от равни по значение и взаимно допълващи се мерки в областта на превенция, ранни интервенции, лечение, психо-социална рехабилитация, социална реинтеграция, намаляване на здравните и социални вреди и ограничаване на рисковете по отношение на употребата на наркотични вещества.

През 2019 г. се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на някои храни – намаляване консумацията на тестени изделия, туршии, картофи, добавени мазнини, маргарин, захар. Средно дневното потребление общо на плодове и зеленчуци съответства на препоръчителните нива за дневен прием от 400 гр. Наблюдава се задържане в консумацията на риба за 2019 г., като все още не се достигат препоръчаните нива от 30 г дневно на лице от населението. Поддържат се негативните тенденции за намаляване консумацията на мляко, бобови храни и увеличаване консумацията на обработено месо и трайни колбаси, шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира).

МЕРКИ:

- 1.2.1. Повишаване на информираността на населението за основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества, нездравословно хранене, ниска физическа активност), които имат отношение към хроничните незаразни болести (ХНБ).
- 1.2.2. Реализиране на дейности за промоция на здраве и профилактика на болестите, вкл. по отношение на здравословно хранене, промоция на укрепваща здравето, физическа активност, намаляване употребата на тютюневи изделия и злоупотребата с алкохол и наркотични вещества и др., с акцент върху рискови групи.
- 1.2.3. Осигуряване на равен достъп на уязвимите групи до услуги и дейности, свързани с промоция на здравето, намаляване на факторите на риска и превенция на ХНБ.
- 1.2.4. Изграждане на капацитет и умения за консултиране и подкрепа сред медицинските и немедицински специалисти.
- 1.2.5. Осъществяване на ефективни програми за здравно и сексуално образование сред подрастващите и младите хора.
- 1.2.6. Мулти-секторно сътрудничество с браншови организации и производители на храни за промяна на състава на храните и намаляване на маркетинга и рекламата на храни за деца, с цел предлагане на по-здравословни храни за населението.
- 1.2.7. Промоция на здравословно хранене през всички етапи на живота чрез разработване на образователни програми, информационни материали, провеждане на здравно-образователни мероприятия.
- 1.2.8. Създаване на система за наблюдение, мониторинг и оценка на храненето и хранителния статус на различни групи от населението.
- 1.2.9. Осъществяване на информационни кампании и кампании за предоставяне на нископрагови и мобилни услуги за превенция за ХИВ/СПИН, СПИ, вирусни хепатити и туберкулоза и други социално значими заболявания.
- 1.2.10. Отлагане на първоначалната и/или предотвратяване употребата на наркотици;
- 1.2.11. Лечение и подпомагане възстановяването и реинтеграцията на употребяващите наркотични вещества.
- 1.2.12. Стандарти за качество на ЕС в намаляване търсенето на наркотични вещества.
- 1.2.13. Намаляване на употребата и злоупотребата с наркотични вещества, използвани за медицински цели.
- 1.2.14. Подобряване на взаимодействието между институциите на национално и международно ниво.
- 1.2.15. Намаляване на търсенето на наркотични вещества чрез осигуряване на баланс на наличието и достъпността на лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества и ефективен контрол на дейностите с наркотични вещества за медицински цели.

1.3 Надзор на заразните болести и имунизационен обхват

ООН прие Програмата за устойчиво развитие и одобри нови глобални цели, очертаващи устойчиво развитие за хората и планетата до 2030 г. Новите 17 цели за устойчиво развитие (ЦУР) са универсална, интегрирана и трансформираща визия за подобър свят. Въз основа на тях Световната здравна организация очерта целите за борба с инфекциозните заболявания.

Надзорът на заразните болести е текущ систематичен подбор на данни и анализи, резултатите от които следва да се използват за планиране, прилагане и оценка на политики и практики в областта на общественото здравеопазване и затова трябва да се разглежда като приоритетна област, целяща намаляване на заболяемостта и смъртността от заболявания с епидемичен потенциал, както и на социалните последици за индивида, свързани с евентуални увреждания и инвалидизация след преболедуване и смърт.

Надзорът на заразните болести трябва да изпълнява две основни функции: ранно оповестяване на потенциални заплахи за общественото здраве и програмен мониторинг на определени заразни заболявания.

Функциите на надзора, свързани с ранното оповестяване, са основни за националната, регионалната и световна здравна сигурност. Епидемии като тези от тежък остър респираторен синдром (SARS), птичи грип и COVID-19 подчертават важността на ефективния национален надзор и системите за отговор. В съответствие с Международните здравни правила (2005) всяка държава трябва да изгради и поддържа капацитет за ефективен надзор и отговор, който да позволява откриване и противодействие на заплахи за общественото здраве от национално и международно значение.

Провеждането на програмен мониторинг трябва да отразява глобалните цели за контрол на заразните болести и засилване на процесите по ерадикация и елиминация на социално значими заразни болести, като полиомиелит, туберкулоза, СПИН, вирусни хепатити (13 Работна програма на СЗО 2019-2023), препоръките на Европейския център за превенция и контрол на болестите, Стокхолм и Европейската комисия за докладване на приоритетни инфекции за наблюдение и здравни заплахи.

Системата за надзор на заразните болести играе ключова роля при вземане на решения за общественото здраве в страната, за определяне на приоритетни области на действие, за планиране на ресурси, прогнозиране и ранно откриване на епидемии и за мониторинг и оценка на програмите за превенция и контрол на заболяванията.

За навременно предприемане на действия по опазване на общественото здраве и националната сигурност е необходимо да се извърши оценка на системата за надзор на заразните болести в страната и да се предприемат адекватни действия за нейното укрепване по отношение на осъвременяване на възможностите за отговор на база на научените уроци от възникнали до момента здравни спешности и актуализиране на готовността на общественото здравеопазване, вкл. и на лабораторната готовност и професионална квалификация на персонала за ранна диагностика на инфекции с висок епидемичен потенциал, чрез адекватно финансиране, ревизиране на нормативни документи, изготвяне на здравни стратегии, ръководства, насоки и др. Развитието и укрепването на надзора на заразните болести изисква значителни и дългосрочни ангажименти, както по отношение на човешки ресурси, така и по отношение на материални ресурси.

Надзора на заразните болести се изгражда и провежда на базата на редица предизвикателства, които са известни на експертите, но и на такива, които не могат да бъдат предвидени, поради което трябва да бъде достатъчно гъвкав, за да може да отговори адекватно на тези предизвикателства и да предостави доказателства за ефективно и ефикасно вземане на решения за общественото здравеопазване и за ефективното откриване, оценка и контрол на заплахите за здравето.

Друга приоритетна област в общественото здравеопазване е провеждането на устойчива национална имунизационна политика.

Имунизациите са сред най-успешните и икономически целесъобразни здравни интервенции в областта на общественото здравеопазване на 20-ти век, довели до значимо намаляване на заболяемостта, инвалидизацията и смъртността от често срещани в миналото заразни болести - ерадикацията на вариола в света през 1979, намаляване на заболяемостта от детски паралич с над 99% и на неонаталния тетанус с 94%. Изчезването на тежките форми на ваксинопредотвратимите заразни заболявания в резултат на високия имунизационен обхват отслаби бдителността на медицинския персонал към тях и повиши недоверието на обществото в ползите от имунизациите. Мобилността на населението в световен план доведе до нарастване на възприемчивостта му към различни причинители и неконтролирано разпространение на заразни болести чрез епидемии, а недостатъчният имунизационен обхват – до взривове и епидемии от ваксинопредотвратими заразни болести.

Съгласно ПРЕПОРЪКА НА СЪВЕТА от 7 декември 2018 година за засилване на сътрудничеството в борбата срещу болести, предотвратими чрез ваксинация, (2018/С 466/01) болестите, предотвратими чрез ваксинация, са големи заплахи за здравето и държавите се призовават да увеличават имунизационното покритие на населението си за постигане на целите на Европейския план за действие по отношение на ваксините на СЗО.

Превенцията на ваксинопредотвратимите заболявания е ключът към подобряване на детското здравеопазване и ще се постигне чрез улесняване на достъпа до адаптирани здравни услуги, с особено внимание към живеещите в отдалечени и труднодостъпни райони и децата в риск, представители на някои етнически групи.

Съчетаването на имунизациите с различни образователни активности ще повиши знанията, уменията и ролята на уязвимите групи в процеса на отговорно вземане на решения за личното и общественото здраве.

Неразделна част от Европейския план за действие по отношение на ваксините на СЗО 2020 г. (EVAP) е постигането на финансова стабилност на националната имунизационна програма, която е част от публичния бюджет.

Действията за поддържане статута на България като страна свободна от полиомиелит и на елиминирала ендемичното разпространение на морбили и рубеола като стратегическа цел от EVAP трябва да продължат чрез поддържане и усъвършенстване на системите за надзор на остри вяли парализи, морбили и рубеола и готовност на страната за реакция при случай на полиомиелит.

Изпълнението в страната на национални програми за ваксинопрофилактика на социално значими заболявания като рак на маточната шийка, сезонен грип и ротавирусни инфекции чрез осигуряване с публични средства на препоръчителни имунизации при свободен избор на пациента следва да продължи и да разшири обхвата си, като профилактична интервенция, насочена към намаляване на социалната тежест от заболявания с тежко протичане и смърт.

Стратегическа цел е създаването на национална електронна имунизационна система и включването ѝ към е-здравеопазване и е-правителство, която ще спомогне за определяне на населението в риск от ваксинопредотвратими заболявания и ще послужи за стратегически инструмент за анализи и ефективно насочване към интервенции и ресурси за постигане на висок имунизационен обхват на регионално и национално ниво.

В съответствие с целите на EVAP и препоръките на ЕС усилията ще се насочат и към създаването и провеждането на устойчива имунизационна информационна стратегия

за повишаване на доверието на населението към имунизациите, чрез подобряване на обществената информираност, познания на медицинските специалисти относно ваксините и имунизации, провеждане на национални имунизационни дни и информационни кампании.

Световната здравна организация поставя във фокус и превенцията на СПИН туберкулоза и вирусни хепатити.

Рамката на Глобалната стратегия за туберкулоза предвижда постигане до 2050 г. на „Нулева смъртност, заболяемост и хора, засегнати от туберкулозата“. Глобална стратегия на Световната здравна организация за превенция и контрол на ХИВ (2016-2021) и Глобалната стратегия на СЗО за вирусни хепатити поставят цели за намаляване на новите инфекции до 90% и смъртността до 65%.

ХИВ инфекция

Към 31.12.2019 г. в България са регистрирани общо 3 284 лица с ХИВ инфекция, През 2019 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 258 – 217 (84%) са мъже и 41 (16 %) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2019 г. са 68. При 18% от случаите със СПИН, диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

По данни на Европейския център за контрол на заболяванията, България през 2018 г. остава с ниско разпространение на ХИВ – инфекцията (4,4) сред страните от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство, при които този показател е 5,1.

В резултат на дългогодишните успешни усилия на МЗ, България остава страна с ниско разпространение на ХИВ- инфекцията за 2019 г. – 3,3, докато за Европейския съюз и Европейското икономическо пространство - е 5,4. Налице е задържане на разпространението на ХИВ сред общото население – под 1 %.

Също така, България през последните години се наблюдава тенденция за намаляване на заболяемостта от туберкулоза – от 39,1 на 100 000 през 2006 г. до 18,5 на 100 000 население през 2019 г.

МЕРКИ:

1.3.1. Укрепване на системата за надзор на заразните болести чрез повишаване на готовността за ранно откриване и оповестяване и предпазване от внос, възникване и разпространението на взривове и епидемии от инфекции с висок епидемичен потенциал.

1.3.2. Повишаване на капацитета на медицинските специалисти за осъществяване на ефективен надзор на заразните болести.

1.3.3. Прилагане на утвърдени политики и ефективни дейности в областта на превенцията и контрола на социално значими заразни болести.

1.3.4. Укрепване на междусекторното сътрудничество при предоставяне на услуги за промоция, превенция и грижа при социално значими заразни болести, с насоченост към групите в риск.

1.3.5. Ефективен надзор над социално значими заболявания – за ХИВ/СПИН, СПИ, вирусни хепатити, туберкулоза, морбили, рубеола, полиелиомиелит, дифтерия и др.

1.3.6. Повишаване на информираността на населението относно превенцията на актуални заразни болести.

1.3.7. Достигане и поддържане на висок имунизационен обхват за предпазване на общественото здраве от ваксинопредотвратими заболявания чрез повишаване на

обществената информираност, професионалната компетентност относно ползите от ваксините и създаване на механизъм за гарантиран достъп до имунизации на всички групи от населението.

1.3.8. Гарантиране изпълнението на национални програми и планове в областта на надзора на заразните болести и националната имунизационна политика.

1.4 Ефективен контрол на общественото здраве

Общественото здравеопазване е наука за превенция на болестите, удължаване на живота в добро здраве и промоция на здраве чрез организирани обществени усилия за контрол на факторите на околната среда, контрол на заразните болести, здравно възпитание и развитие на социални механизми за осигуряване на стандарт на живот, укрепващ здравето, организирайки здравната помощ така, че всеки индивид да упражнява своето право на здраве и дълъг живот.

Значимостта на общественото здравеопазване произтича от непрекъснатото разширяване на спектъра от дейности, осъществявани от системата на общественото здравеопазване; излизане на тези дейности извън националните рамки и необходимост от координация и контрол на международно ниво; поява на нови предизвикателства; извършване на анализ на постигнатите цели и необходими промени по отношение на области на приложение, ресурси и резултати.

Настоящата политика обхваща мерки за интегриран подход за гарантиране и съхранение на здравето на обществото и отразява разбирането, че грижата за общественото здраве е ангажимент на държавата, институциите и обществото като цяло и на отделния индивид.

За подобряване качеството на живота и предотвратяване възникването на риск за човешкото здраве е необходимо осигуряването на устойчиво развитие и укрепване на системата за опазване на общественото здраве и достигането на високо ниво на съответствие с националните и европейските изисквания.

Стратегическата цел на тази политика е осигуряване на по-благоприятна за здравето на човека жизнена среда чрез ограничаване на експозициите на вредните фактори; безопасни продукти, стоки и дейности от значение за здравето; съответстващи на здравните норми обекти с обществено предназначение; грижа за израстването на физически и психически здраво младо поколение и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето на хората.

Разнородната природа на детерминантите на здравето предопределя координираното участие в неговото опазване и укрепване не само от страна на сектор здравеопазване, но и активното включване на другите обществени сектори. В този контекст, принципът “Здраве във всички политики” има ключова роля във всяка стратегия за подобряване на общественото и индивидуалното здраве и е основен принцип на европейското здравеопазване.

С цел защита на здравето на гражданите на територията на Република България се извършва държавен здравен контрол.

Основната цел на повишаването на ефективността на държавния здравен контрол и достигането на високо ниво на съответствие с националните и европейските изисквания на обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда е да спомогне като цяло за подобряване качеството на живота.

Провеждането на държавен здравен контрол и въведените регулации в България относно обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека е базирано на най-добрите практики, най-новите научни достижения и основано на оценката на риска, в съответствие с процесите и регулациите, произтичащи в рамките на Европейския съюз. Редица от прилаганите норми в България са прилагани на ниво Европейски съюз, при спазване на основните изисквания за безопасност, както и на принципа за свободно движение на стоки.

Дейностите по провеждане на ефективен държавен здравен контрол са приоритетно насочени към превантивен контрол на рисковите фактори, които могат да доведат до влошаване на здравето. Изпълнението на дейностите по осигуряване на безопасна жизнена среда и мониторинг на факторите на жизнената и околната среда осигуряват възможностите за предприемане на навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето на хората.

Неразрешените през годините проблеми определят необходимостта от постигане на политически и обществен консенсус за значението на държавния здравен контрол, който следва да отговаря както на потребностите на населението за подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието до средните нива на ЕС, така и за изпълнение на изискванията на европейското законодателство в областта на надзор на пазара, безопасни от здравна гледна точка обекти с обществено предназначение и опазване на общественото здраве от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената и околната среда.

От съществено значение е усъвършенстване на формите и начините за предоставяне на информация на обществеността за дейностите осъществявани от страна на държавните органи, въведените ограничения и забрани за ползване на продукти, питейни и минерални води, води за къпане, както и здравна информация за конкретните рискове за индивидуалното здраве. Това ще създаде възможност на отделния индивид да направи информиран избор за подобряване на индивидуалното си здраве и за формиране на навици за здравословен начин на живот.

Стабилното развитие на системата за радиационна защита, в съответствие с международния опит и въведените в практиката съвременни технологии и методи, има важно значение за намаляване на риска при използването на йонизиращи лъчения в медицината, промишлеността, науката и др.

За развиване и поддържане на системата за осигуряване на адекватна защита на пациента при медицинско облъчване изисква предприемането на мерки за повишаване на кадровия потенциал и оборудване с подходящи средства за измерване и провеждане на дозиметричен мониторинг от страна на държавните органи провеждащи здравно-радиационен контрол. Необходимо е да се доокомплектоват и обезпечат със съвременен оборудване специализираните екипи на МЗ в Регионалните здравни инспекции (РЗИ) и Националния център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ), на които се възлага медицинското осигуряване и защитата на населението от инциденти с химически, радиоактивни и ядрени материали от случаен, естествен и умишлен характер и поддържане на аварийна готовност.

Важен акцент за укрепване на системата за опазване на общественото здраве, с цел осигуряване на ефективен и качествен държавен здравен контрол е модернизиранието и повишаването на административния капацитет и въвеждане на единна информационна система за обмен на данни от мониторинга на факторите на жизнената среда и лабораторния контрол на регионално и национално ниво с цел бърза реакция при

идентифициране на отклонения от нормите. Това ще допринесе за създаване на възможности за предприемане на навременни мерки на всички нива по недопускане и ликвидиране на рисковете за населението, предоставяне на съвременни административни услуги и повишаване на доверието в администрацията като цяло.

Осигуряването на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата на държавния здравен контрол чрез въвеждане на стимули за работа в националните и териториални структури на държавния здравен контрол и поетапно увеличение на възнагражденията на държавните здравни инспектори, кадровото обезпечаване на органите на държавния здравен контрол с лекари, с осигуряване на възможност за придобиване на специалност и инспектори по общественото здраве, които професионално и ефективно да провеждат политиките в областта на опазване на здравето на гражданите и държавния здравен контрол, както и повишаване квалификация на държавните здравни инспектори чрез провеждане на ежегодни курсове, семинари и обучения и въвеждане на система за подбор и оценка на служителите ще допринесат за качествено и ефективно изпълнение на поставените цели на разглежданата политика и ще отговорят на очакванията на обществото за изпълнение ангажиментите на държавата за гарантиране опазването на общественото здраве.

МЕРКИ:

1.4.1. Усъвършенстване на системите за мониторинг на факторите на жизнената среда (шум, йонизиращи и нейонизиращи лъчения, питейни води, води за къпане, минерални води и др.).

1.4.2. Извършване на периодичен анализ и оценка на данните за състоянието на жизнената среда и здравния статус на населението, провеждане на епидемиологични проучвания за установяване на зависимост между замърсяването на околната среда и здравното състояние на населението и разработване и провеждане на мерки за ограничаване, намаляване и ликвидиране на негативните ефекти от въздействието на факторите на средата и предприемане на навременни мерки за защита от възникване на рискове за човешкото здраве.

1.4.3. Осигуряване на безопасни продукти, стоки и фактори на жизнената среда чрез подобряване контролната дейност.

1.4.4. Повишаване на капацитета за извършване на лабораторни анализи на продукти и стоки със значение за здравето на човека и фактори на жизнената среда, с цел идентифициране на рисковете за здравето и предприемането на навременни мерки.

1.4.5. Повишаване компетентността и квалификацията на държавните здравни инспектори в Министерство на здравеопазването и в регионалните здравни инспекции по прилагане на изискванията на законодателството в областта на обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда чрез провеждане на периодични обучения

1.4.6. Оптимизиране на дейностите по държавен здравен контрол чрез използването на интегрирани информационни системи, в т.ч. и обучение за работа със уеб-базираните приложения на Европейската комисия - RASFF, Safety Gate-RAPEX и ICSMS – системи за обмен на информация между органите за надзор на пазара в държавите-членки на ЕС;

1.4.7. Подобряване на условията на труд; в системата на опазване на общественото здраве;

1.4.8. Внедряване на съвременни информационни системи за навременен обмен на данни за провеждания държавен здравен контрол и извършвания мониторинг на факторите на жизнената среда.

1.4.10. Устойчиво осигуряване на технически средства, с цел повишаване ефективността на провеждания държавен контрол по отношение на продуктите и стоките със значение за здравето и факторите на жизнената среда.

ПРИОРИТЕТ 2 ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО, ЕФЕКТИВНОСТТА И КОНТРОЛА НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ

2.1. Развитие на капацитета на извънболничната медицинска помощ

Световната здравна организация определя първичната здравна грижа като грижа за всички хора на всички възрасти. Тя следва да е подход на цялото общество към здравето и благополучието, съсредоточен върху нуждите и предпочитанията на хората, семействата и общностите. Този подход трябва да се фокусира върху детерминантите на здравето и върху взаимосвързаните аспекти на физическото, психическото и социалното здраве и на благополучието.

Качеството на първичната медицинска помощ е от съществено значение и за постигането на Целите за устойчиво развитие (ЦУР) на ООН, свързани със здравето – Цел 3 „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“ и Цел 5 „Постигане на равенство между половете и равни права за всички жени и момичета“. Тези цели са насочени към намаляване на преждевременната смъртност от хронични незаразни болести чрез превенция и лечение, постигане на универсално здравно покритие, достъп до качествени основни здравни услуги и до безопасни, ефективни, качествени и достъпни основни лекарства и ваксини за всички, насърчаване на психичното здраве и благоденствие, осигуряване на всеобщ достъп до здравни услуги в областта на половото и репродуктивно здраве и др. Съгласно Програмата за устойчиво развитие до 2030 г. на ООН, изпълнението на тези цели ще допринесе и за постигането и на други ЦУР, включително тези за справяне с бедността и глада, за достъпа до образование, равенство между половете, чиста вода и канализация, работа и икономически растеж, намаляване на неравенството и климатичните въздействия.

Анализът на състоянието на системата на здравеопазване в България показва, че първичната извънболнична медицинска помощ, включително специализираната и денталната помощ, все още не могат да изпълнят своята ключова роля за справяне с основните здравни предизвикателства и с рискове от лошото здраве. По отношение на дейността на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) се наблюдават сериозни регионални дисбаланси, които водят до неравенства в достъпа, особено за хората малките населени места. Налице е концентрация на практики в големите градове и недостиг на ОПЛ в труднодостъпните и отдалечени райони. Липсата на адекватни финансови стимули за участие в дейностите по промоция на здраве и превенция на заболяванията, както и голямата натовареност с несвойствени административни дейности, водят до несъответствия между извършваната дейност и нормативно установените изисквания за гарантиране на достъпа на населението до качествена първична медицинска помощ. Все

още се явява проблем и нежеланието за обслужване на пациентите в извънработно време, както и за домашни посещения. Същевременно България е сред страните в ЕС с най-малко общопрактикуващи лекари на човек от населението и броят им продължава да намалява. Капацитетът на специализираната извънболнична помощ също не е достатъчно развит, което задълбочава неравенствата в достъпа на населението особено в отдалечените райони. Разпределението на специалистите показва значими регионални вариации и дисбаланси между областите. Средната осигуреност с лекари по дентална медицина в извънболничната помощ през последните години бележи увеличение, но въпреки това достъпът до дентални услуги все още се различава значително между градските и селските райони. Преобладаващата част от лечебните заведения за извънболнична дентална помощ са частна собственост, като една от причините е високият дял на директните плащания от пациентите. Ограниченият пакет дентални дейности, заплащани от НЗОК, не позволява на всички нуждаещи се да ползват своевременно и в пълен капацитет предоставяните дентални услуги.

Първичната медицинска помощ следва да осигурява на хората всеобхватни грижи - промоция на здраве, профилактика на заболявания, ранна диагностика, лечение и рехабилитация, възможно най-близки до ежедневната среда на хората. Тя има ключова роля и за предотвратяване на сериозни заплахи за здравето като епидемии и антимикробна резистентност. С оглед това решаващо значение имат дейностите, свързани със здравното образование и с изграждането на умения за здравословен начин на живот (здравословно хранене, двигателна активност, режим на труд и почивка и други), с ранна диагностика, своевременно лечение и рационално предписване на лекарствени продукти, както и профилактичните дейности, включително ваксинапрофилактика.

Доказано е, че извънболничната медицинска помощ е много ефективен и ефикасен начин за справяне с основните причини за лошото здраве и рискове от него, както и за справяне с предизвикателствата, които заплашват здравето и благополучието в бъдеще. Доказано е също, че тя е инвестиция с добра стойност, тъй като качествена първична и специализираната извънболнична медицинска помощ намалява общите разходи за здравеопазване и нуждата от болнично лечение, което е много по-скъпо.

Това налага провеждане на целенасочена политика с акцент върху дейностите, свързани с промоцията на здраве и превенция на основните социално-значими заболявания, като ключов метод за ефективно предоставяне на тези услуги. Добре обучените и мотивирани общопрактикуващи лекари и лекари-специалисти от извънболничната медицинска помощ могат да бъдат основен инструмент за преодоляване на здравните предизвикателствата, пред които е изправена страната. За целта е необходимо да се осигурят адекватни организационни и финансови механизми за развиване на капацитета на първичната медицинска помощ за предоставяне на здравни грижи, насърчаващи промоцията на здраве и профилактика на заболяванията. С оглед недостига на общопрактикуващи лекари е необходимо да се усъвършенства процесът на специализация по обща медицина, която да бъде максимално адаптирана към отговорностите на първичната медицинска помощ. Необходимо е да бъдат създадени стимули за медицинските специалисти за непрекъснато повишаване на квалификацията и развиване на умения за консултиране и лечение. Специализираната извънболнична медицинска помощ също следва да развива своя капацитет по отношение на ранната диагностика и навременно лечение чрез използването на съвременните методи за лечение в амбулаторни условия, включително и чрез извършването на високоспециализирани

дейности и медико-диагностични изследвания. Подобряване на достъпа до дентални услуги чрез разширяване на пакета дейности, попадащи в обхвата на здравното осигуряване, и чрез осигуряването на устойчивост на програмите за профилактика на оралните заболявания при децата, ще има съществен принос за подобряване на денталното здраве и качеството на живота на населението.

Политиките в областта на извънболничната помощ следва да бъдат насочени и към развитието на възможности за комплексно и интегрирано здравно-социално обслужване на пациенти с определени социално-значими и редки заболявания, включително и патронажни грижи. Това може да бъде реализирано чрез създаване на стимули за разкриване на специализирани центрове, чиито основни функции да са свързани с прилагане и координиране на мултидисциплинарен подход при извършването на профилактика, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация на пациенти с конкретни заболявания. Те следва да гарантират непрекъснатост в осигуряването на медицинските дейности на пациента във всеки момент или период от обслужването му в зависимост от етапите на развитие на болестта и потребностите му и с цел повишаване качеството на неговия живот. Подобни интегрирани здравно-социални подходи и услуги ще бъдат в състояние да решат по най-добрия начин потребностите на пациентите от поддържащо лечение, общи и/или специфични здравни грижи, социална рехабилитация в амбулаторна или домашна обстановка и ще доведат до чувствително намаляване на потребностите им от прием в болници за активно лечение.

МЕРКИ:

- 2.1.1. Преодоляване на регионалните дисбаланси в извънболничната медицинска помощ;
- 2.1.2. Увеличаване на относителния дял на средствата за извънболнична медицинска помощ и разширяване на пакета дентални дейности, заплащани от НЗОК;
- 2.1.3. Повишаване капацитета на първичната медицинска помощ за дейностите, свързани с промоция и превенция;
- 2.1.4. Развитие на високоспециализирана медицинска помощ в подкрепа на първичната медицинска помощ;
- 2.1.5. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги в общността, в т.ч. патронажни грижи, подкрепящи първичната медицинска помощ в грижата за пациентите.

2.2. Повишаване на ефективността на болничната помощ и развитие на структури за дългосрочни грижи

Съгласно визията на Световната здравна организация, болниците имат значение за хората и хората имат значение за болниците. Ангажираността на общността означава, че хората, заинтересованите организации и болниците работят съвместно, за да идентифицират най-важните здравни нужди и да прилагат смислени стратегии за справяне с тях.

Националните и международните анализи определят като основен проблем на болничния сектор в България нарастващия брой на хоспитализациите и увеличението на разходите за болнична помощ, което свидетелства за неефективност на функционирането както на болничната, така и на извънболничната помощ. Болничната структура в България се характеризира със свръхкапацитет, фрагментарност и

дисбаланси, които се отразяват негативно на икономическата ефикасност и не допринасят за подобряване на качеството на грижите. Осигуреността с болнични легла е относително висока (през 2019 г. 77,7 на 10 000 души) и е съизмерима с други европейски страни. През 2019 г. средният болничен престой 5,0 дни е по-нисък отколкото средният за ЕС (7,9 дни), а използваемостта на болнични легла е 64,4%. Същевременно хоспитализациите нарастват постоянно и от 25,4 на 100 души от населението за 2010 г., през 2019 г. достигат до 34,6 случая, при средно за ЕС 25,4. Броят на хоспитализациите за хронични заболявания като сърдечно-съдови заболявания, диабет и болести на дихателната система е сред най-високите в ЕС, а това са заболявания, които могат да бъдат лекувани ефективно в амбулаторни условия. Разходите за болничния сектор нарастват средно с 5,3 % годишно, което надвишава чувствително средната стойност за ЕС от 1,5% увеличение.

Наличната болнична инфраструктура е неравномерно разпределена на територията на страната, със свръхконцентрация на болнични структури в най-големите градове и недостиг на капацитет за задоволяване на базови потребности от болнична помощ в малките населени места. Чрез въвеждането през 2018 г. на Национална здравна карта като механизъм на регулация беше преустановено необоснованото, спрямо реалните потребности на населението, увеличаване на броя болнични заведения. Другата важна стъпка за повишаване на ефективността на болния сектор беше създаването на нормативна възможност НЗОК да сключва избирателно договори с лечебни заведения за болнична помощ на базата на обективни и прозрачни критерии, гарантиращи необходимото качество срещу цената, заплащана с обществени пари. Въпреки предприетите мерки обаче основната причина за неефикасността на болничната система остава големият брой болници - 5,2 болници на 100 000 жители при 2,9 болници на 100 000 жители средно за ЕС, както и неефективната структура на болничните легла с превес на леглата за активно лечение и много ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа.

Разходите за болнична помощ непрекъснато нарастват, а основна причина за това е увеличаването на броя на хоспитализациите. Причините за това са свързани със финансово обосновавания стремеж на лечебните заведения за повишен прием, липсата на мотивация за провеждане на лечение в амбулаторни условия, както и с желанието от страна на пациентите да търсят болничните услуги, тъй като осигуряват по-безпроблемен и безплатен достъп до диагностични и лечебни процедури в сравнение с услугите в извънболничната помощ. Съгласно данни от експертни анализи, повишаването на процента на амбулаторната хирургия, дори само до 30 %, ще спести приблизително 2 милиона леглодни годишно, ще повиши качеството и ще позволи на пациентите да се възстановяват в домовете си, а не в болниците.

В унисон със заложените цели в Националната програма за развитие: България 2030 следва да бъдат положени усилия в посока оптимизиране на болничния сектор с акцент върху повишаване на ефективността. Преструктурирането на болничния сектор изисква активна политика за подобряване на достъпа на населението до болнична помощ и осигуряване на устойчивост на приложението на Националната здравна карта като механизъм за ефективна регулация на процеса на разкриване на нови болници и болнични структури. За оптимизиране на болничния сектор е необходимо да бъде оптимизиран броят на болниците за активно лечение до необходимия, с оглед потребностите на населението. За предоставяне на висококачествени услуги в болничния сектор е необходимо и да се създадат стимули за въвеждане на съвременни технологии, които дават възможност за ранна диагностика и безопасно и ефикасно лечение на все по-голям брой заболявания. Основна цел за развитието на сектора следва да е създаването на

стимули и условия за осигуряване на възможно най-голям обхват медицински услуги в една болница, тъй като комплексното обслужване ще осигури не само качествена здравна грижа за пациентите, но и максимално ефективно използване на болничния капацитет.

Усилията трябва да бъдат насочени и към намаляване на броя на леглата за активно лечение на остри заболявания, развитие на високотехнологични диагностични и лечебни услуги и развитие на структури за рехабилитация, за продължително лечение и палиативни грижи. Много малки и неефективни болници за активно лечение биха могли да бъдат преустроени в медицински центрове с легла за наблюдение и лечение до 48 часа и в структури за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи, включително мобилни медицински грижи, на амбулаторни услуги, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдых и палиативни грижи, предоставяни както на място, така и в домашна среда. Увеличаването на броя на леглата за дългосрочни грижи, усъвършенстването на социалните услуги и подобряването на грижите в домашни условия ще позволи на болниците за активно лечение да фокусират вниманието си върху основната си дейност и по този начин ще допринесе за повишаване на ефективността на болничния сектор като цяло.

Мерките за повишаване на ефективността в болниците трябва да бъдат съпроводени и от усилия за подобряване на качеството на предоставяните услуги. Основните инструменти за гарантиране на качеството на болничната помощ - медицинските стандарти, правилата за добра медицинска практика и механизмите за контрол върху тях, следва непрекъснато да се усъвършенстват и да се използват пълноценно. С особен приоритет е създаването на механизъм за обвързване на разплащанията с болниците и информацията за качеството на техните услуги. Разработването на показатели за изпълнение, които подлежат на редовно наблюдение и оповестяване, могат да имат ключов принос за подобряването на качеството в болничния сектор.

МЕРКИ:

- 2.2.1. Осигуряване приложението на Националната здравна карта като механизъм за регулация на болничния сектор;
- 2.2.2. Създаване на стимули за преобразуване на леглата за активно лечение в легла за дългосрочни грижи;
- 2.2.3. Преструктуриране на болници с ограничени възможности за поддържане на ниво на компетентност в медицински центрове и в структури за дългосрочни грижи;
- 2.2.4. Създаване на условия за развитие на високоспециализирани болнични центрове при гарантиран равнопоставен достъп на населението и ефективно разходване на ресурсите;
- 2.2.5. Въвеждане на система за заплащане на болничната дейност, основана на резултати.

2.3. *Осигуряване на устойчивост на системата за спешна медицинска помощ*

С резолюция от 29 май 2019 г. (WHA72.16) Световната здравна организация призовава държавите-членки към създаване на политики за устойчиво финансиране, ефективно управление и универсален достъп до безопасна, висококачествена, основана на потребностите спешна помощ за всички и към подкрепа на усилията за осигуряване на защита на екипите в спешните отделения от насилие и на пациентите от дискриминация.

Сериозно влияние за подобряване на качеството на системата за спешна помощ в България през последните години имаше изпълнението на мерките от Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г. и Националната здравна стратегия 2020. Чрез Картата на системата за спешна медицинска помощ, която е част от Националната здравна карта, беше регламентирана необходимата архитектура на системата - местоположение на мобилните и стационарни структури, която е в състояние да осигури равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ при обективни критерии за време на достигане и ниво на обслужване на спешните случаи. В болничната част на системата бяха планирани лечебните заведения, отговорни за осигуряването на безотказен прием на спешни пациенти. С медицинския стандарт „Спешна медицина“ бяха регламентирани изискванията за спешните отделения по отношение на необходимия капацитет от квалифициран медицински персонал, технологично оборудване, леглови фонд и организационни и комуникационни средства за осигуряване на непрекъснат прием, диагностика и лечение на пациенти със спешни състояния. Бяха актуализирани протоколи за поведение и беше въведен медицински триаж на всеки етап от обслужването, който осигурява диагностика и лечение в зависимост от степента на спешност на пациента при оптимална ефикасност, ефективност и сигурност на медицинското обслужване. С цел преодоляване на неефективното използване на висококвалифицирани медицински специалисти за дейности, които могат да се изпълняват от лица със специфична и профилирана квалификация, беше въведена професията „Парамедик“. С изпълнението на голям инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж“, са осигурени инвестиции за обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна – 34 спешните отделения, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа. Изпълнението на проекта ще гарантира равен достъп до високо ниво на технологично оборудване на всяко място за обслужване на спешните пациенти - мобилно оборудване за работа на терен, санитарни превозни средства, медицинска апаратура за филиалите за спешна медицинска помощ и спешните болнични структури.

С цел преодоляване на кадровия дефицит в системата ежегодно се увеличават средствата за персонал в ЦСМП, като за периода 2015-2020 г. общото увеличение достигна 100 % спрямо 2014 г.

Анализът на системата за спешна медицинска помощ показва, че един от съществените проблеми на системата е натовареността на екипите, което е резултат от редица фактори. Водеща причина за това е недостига на квалифициран и мотивиран персонал, който не позволява сформирването на необходимия брой екипи, особено в големите градове. Въпреки значителното повишение на възнагражденията в сектора, работата в ЦСМП продължава да е непривлекателна поради голямата натовареност и честите случаи на агресия срещу медиците. Проблем е и недоброто функциониране на извънболничната помощ, която не осигурява непрекъснат достъп на пациентите до първична и специализирана помощ, особено в извънработно време и празнични дни, както и в труднодостъпните и отдалечени места. За здравнонеосигурените български граждани системата за спешна медицинска помощ е леснодостъпна, а понякога и единствената, възможност за своевременно получаване не само на спешна, но и на базова медицинска помощ. Голяма част от лечебните заведения за болнична помощ не

разполагат със структури за прием на спешни пациенти, както и капацитет за тяхното обслужване - малки общински и частни болници, специализирани лечебни заведения. Системата за спешна помощ все още не е добре обезпечена със специализиран санитарен транспорт за труднодостъпни региони (въздушен, воден, високопланински верижен и др.).

С оглед това следва да бъде провеждана целенасочена държавна политика, чрез която да се гарантира устойчивост и развитие на системата за спешна медицинска помощ. Особени усилия следва да бъдат положени за осигуряване на необходимите човешки ресурси за системата за спешна медицинска помощ. Това налага прилагането на комплекс от мерки за обучение и интегриране в дейността на спешните екипи на парамедицински персонал и въвеждане на система за непрекъснато обучение и оценка на знанията и уменията на работещите в системата. Развитието на възможностите за телемедицина и комуникационно-информационното осигуряване на дейностите също следва да бъдат обект на приоритетно планиране, включително и усъвършенстване на информационната свързаност между информационните системи на ЦСМП и Националната система за спешни повиквания тел. 112.

За осигуряване на ефективна организация, координация и управление на интегрираната система за спешна медицинска помощ е необходимо изграждане на ефективна национална координация, чрез която да се осъществява и интеграцията с останалите структури на националната система за спешни повиквания.

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

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

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

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

МЕРКИ:

- 2.3.1. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ;
- 2.3.2. Осигуряване на финансова устойчивост на системата за спешна медицинска помощ;
- 2.3.3. Осигуряване на ефективна организация, координация и управление на единната система за спешна медицинска помощ;

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

2.4. Повишаване на качеството на психиатрична помощ – реструктуриране на психиатричната помощ

През 2020 г. в страната има 12 държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 центъра за психично здраве (ЦПЗ), 6 психиатрични клиники (към университетски болници) и 20 психиатрични отделения към многопрофилни болници. Общо легловата база през 2019 г. е 4 200 легла и 1 193 места за дневен стационар, отчитани по отделен ред. Най-много са леглата в ДПБ, следвани от ЦПЗ, клиниките към УМБАЛ и психиатричните отделения към МБАЛ. Териториалното разпределение на психиатричните стационари е крайно неравномерно. Във всички ДПБ има десетки пациенти, които не са на активно лечение и не се изписват. Така болниците са принудени да поемат и ролята на домове за хора с психични разстройства. Напоследък ролята на ДПБ и като социални домове се утвърждава и по законов път. След направени нормативни промени лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ могат да предоставят социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане. В редица ДПБ, ЦПЗ и клиники към УМБАЛ са разкрити дневни центрове за възрастни с психични увреждания, което противоречи на самата идея за деинституционализация. Сградният фонд, с който разполагат болниците, е различен, но като цяло не е съобразен със специфичните нужди на настанените в тези заведения пациенти.

Детските психиатри в България са 22. Стационарните психиатрични отделения за детска психиатрия са две. В ЦПЗ Русе и ЦПЗ „Проф. Н. Шипковенски“ е възможна консултативната на деца без леглови престой.

Специалността "съдебна психиатрия" е все още недостатъчно утвърдена у нас. Това се дължи на малкия брой специалисти и незадоволителното заплащане на експертния лекарски труд.

Понастоящем отделение по съдебна психиатрия има в УМБАЛ „Св. Марина“, ЦПЗ-Русе и ДПБ Ловеч, както и психиатричен стационар към болницата на затвора в Ловеч. Броят на специалистите по съдебна психиатрия е 8 за цялата страна.

В страната действат 12 ЦПЗ, които са създадени на базата на бившите психиатрични диспансери. ЦПЗ по дефиниция осигуряват прехода от институционална към амбулаторната форма на лечение на психично болните. Поради фрагментирания характер на психиатричните услуги и липса на информационна система за проследяване на психично болни лица на практика тази функция на ЦПЗ е неработеща.

Системата за лечение на зависимости в България се състои от разнообразни стационарни и извънболнични лечебни и рехабилитационни заведения. Стационарното лечение на зависимости се осъществява в една специализирана болница (ДПЛБНА – София) и наркологични или психиатрични отделения към държавни психиатрични болници, центрове за психично здраве, многопрофилни болници за активно лечение, психиатрични клиники към университетски и многопрофилни болници за активно лечение за лечение на зависимости и различни резиденциални терапевтични общности, управлявани от различни НПО-та.

Известно е, че населението на България непрекъснато застарява, което извежда на преден план патологията на напредналата възраст, за която няма развити профилирани услуги в страната. Отделенията към ДПБ на практика изпълняват социални функции. Липсва професионален капацитет, няма научни изследвания в тази област и не се предвиждат мерки за посрещане на предизвикателствата от процесите на застаряване в България.

Броят на психиатрите е около 500, твърде неравномерно разпределени, концентрирани предимно около градовете с медицински университети, приблизително 1 психиатър на 15 хил. души население. От тях близо 80 % работят в психиатрични стационари, а 20 % в амбулаторни служби. Броят на детските психиатри с призната специалност по детска психиатрия в страната е само 22 при крайно неравномерно териториално разпределение. Броят на сключилите договор с НЗОК е около 400, като 25% от тях са на територията на София (данни НЗОК, 2018 г). Тези показатели поставят България на последно място в Европа.

Финансирането на психиатричните лечебни заведения е по четири линии: от държавния бюджет, от договори с НЗОК, от общините и от частни плащания. Финансирането от държавния бюджет е се извършва по критерии и ред, определени с наредба министъра на здравеопазването (*Наредба № 3 от 5 април 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения*), която включва стационарно лечение на пациенти с психични заболявания, лечение със субституиращи и поддържащи програми с метадон и дневни психорехабилитационни програми.. Тъй като ДПБ не изпълняват тези критерии на практика те се финансират на исторически принцип, което създава противопоставяне и напрежение между различните типове лечебни заведения и рефлектира върху качеството на медицинските услуги. Чрез Наредба № 3/2019 г. субсидия получават ЦПЗ, клиники и отделения към многопрофилни болници с I-во, II-ро или III-то ниво на компетентност съобразно медицински стандарт „Психиатрия“. От договори с НЗОК финансирането е основно при амбулаторната психиатрична помощ – самостоятелни кабинети или разкрити към други лечебни структури. Приходите в някои лечебни заведения за стационарна помощ са от НЗОК за осъществявана диспансерна дейност. Няма данни за плащанията от джоба на потребителите на психично здравни услуги, но може да се предположи, че те са в значителен размер, като се има предвид, че най-много през тези кабинети преминават лица с т. нар. чести психични разстройства, чието разпространение е около 17.5 % от всички заболявания. Освен това, лицата с тежки психични разстройства в преобладаващото си мнозинство са неплатежоспособни и не стигат до психиатричните кабинети, които нямат договор с НЗОК. Като цяло разходите за стационарна психиатрична помощ се оценяват на около 100 млн. лв или около 2.5% от общия бюджет за здравеопазване в страната.

Приоритетна задача на Националната стратегия е смяната на парадигмата в посока на комплексно биопсихосоциално и основано на човешките права вземане на решения и ефективно водене на случай в общността, насочено към т.нар. „терапевтичен алианс“, или равнопоставен съюз на пациентите и техните семейства с професионалистите, в който

определящо значение имат емпатирането, идентифициране на персоналните ценности, разбирането и управлението на конфликтите между тях.

МЕРКИ

2.4.1. Оценка на потребностите на населението от психично-здравни услуги и тяхното предоставяне на териториално ниво.

2.4.2. Пребазиране на част от ДПБ в съответствие с направената оценка на нуждите.

2.4.3. Спазване на човешките права и борба със стигмата и дискриминацията. Интегриране на психиатричните услуги в общото медицинско обслужване (деинституционализация).

2.4.4. Създаване на мрежа от услуги за комплексно обслужване на хората с тежка психична болест, в близост до местоживеенето.

2.4.5. Развиване на детско-юношеската психиатрия, психиатрията в напреднала възраст и психиатрия на зависимостите. Разкриване на клиника за лечение на разстройства, свързани с начините на хранене.

2.4.6. Разработване на програми за превенция и ранни интервенции при продроми на психоза, употреба на алкохол и наркотични вещества, водене на случай и осигуряване на психосоциални интервенции в общността.

2.4.7. Разкриване на психиатрични отделения към лечебните заведения за болнична помощ и на центрове за психично здраве съобразно оценка на регионалните нужди.

2.4.8. Развитие на съдебната психиатрия. Разкриване на специализирана клиника за съдебна психиатрия независима от пенициптиарната система с достатъчен капацитет, която да осигури оценка и лечение на съдебно-психиатрични случаи.

2.4.9. Усъвършенстване на начина на финансиране на стационарната психиатрична помощ с възможности за включването и в здравно-осигурителния модел.

2.4.10. Развитие на човешките ресурси и повишаване на капацитета и мотивацията на работещите в системата.

2.5. Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи – майчино и детско здраве, репродуктивно здраве, донорство и трансплантации, трансфузионна хематология, възрастните хора, хората с увреждания и др. уязвими групи.

2.5. Повишаване на качеството на здравните грижи и услуги медицинска помощ на за специфични групи от населението

2.5.1. Здраве за деца, бременни, майки на деца до една година

През последните години се наблюдава значително занижаване на коефициента на детската смъртност, През 2019 г. в страната са починали 342 деца на възраст до една година, а коефициентът на детска смъртност е 5.6 ‰. За сравнение, през 2001 г. коефициентът на детска смъртност е бил 14.4 ‰, а през 2018 г. - 5.8 ‰. Независимо от постигнатите резултати нивото на детска смъртност продължава да е по-високо,

отколкото в ЕС, поради което политиката за майчино и детско здраве остава в центъра на стратегическите и оперативни действия на системата на здравеопазването.

За подобряване на показателите за майчино и детско здраве усилията ще бъдат насочени към осигуряване на универсален достъп и повишаване на обхвата на децата, бременните и майките на деца до една година с качествени здравни грижи и услуги за профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация. Предвижда се да продължи подобряването на условията за диагностика и лечение, както и да се усъвършенстват механизмите за подобряване на качеството на грижите в акушеро-гинекологичните, неонатологичните, педиатричните структури и центровете за комплексно обслужване за деца с увреждания и хронични заболявания, вкл. оборудване с високотехнологична апаратура и обучение на персонала в тях. Създаването на Национална педиатрична болница, която да предоставя комплексни медицински услуги за деца и която да обединява всички специалисти, работещи с деца и тяхното здраве, е друга приоритетна задача с голяма обществена значимост, която е от голямо значение за оказване на адекватна, своевременна и висококвалифицирана помощ на децата.

Прилагането на комплексен медико-социален подход в грижите за деца, в т.ч. недоносени, деца с увреждания и хронични заболявания, деца в риск от проблеми в развитието и подкрепа на техните семейства, осигуряването на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания и специални потребности, както и развитието на интегрирани междусекторни услуги за деца и семейства, включително с цел превенция на институционализацията на грижите за деца, ще заемат важно място при реализирането на политиката за майчино и детско здраве. Също така ще се оптимизира и разширява обхвата на скрининговите програми за бременни и новородени, в т.ч. чрез въвеждане на нови доказано ефективни скрининги.

Повишаване капацитета на медицински специалисти по въпросите на детско здраве, с акцент ранно идентифициране на риск от проблеми в развитието и необходимостта от ранна интервенция, подобряване на уменията за консултиране и ефективна комуникация с децата и техните родители е дейност, която е изключително необходима за подобряване на качеството на грижите за децата, бременните и майките на деца до 1 г. Усилията ще бъдат насочени и към разработването на програми за здравно образование и информационни кампании по въпросите на бременността, включително за рисковете от ранна бременност и абортите, раждането, грижите за децата и изграждане на умения за здравословно поведение с акцент върху определени целеви групи. За преодоляване на съществените различия в показателите за детското и майчино здраве в отделните области на страната, а така също и между селата и градовете, ще се създадат условия за разработване и прилагане на регионални планове за преодоляване на различия, с акцент превенция на ранните бременности.

Всичко това налага прилагането на цялостна междусекторна политика за опазване здравето на бременните, майките и децата, като подходяща платформа за развитие на грижите за тях е продължаването на Националната програма за подобряване на майчино и детското здраве 2014 - 2020 г., чрез която да се изпълнява и мониторира настоящата политика.

МЕРКИ:

2.5.1.1. Осигуряване на организационна и нормативна рамка за подобряване на майчино и детското здраве.

2.5.1.2. Оптимизиране на разходите посредством усъвършенстване на механизмите за мониторинг, контрол и заплащане от държавния бюджет и други източници на финансиране на дейностите по детското и майчино здраве.

2.5.1.3. Осигуряване на устойчивост, интегрираност и качество на дейностите по детското и майчино здраве.

2.5.2. Насърчаване на донорството и развитие на трансплантационни дейности

През втората половина на ХХ-ти век трансплантацията на органи, тъкани и клетки се утвърди като лечебна дейност, успешно практикувана и в България. Забележително е, че първите трансплантации на органи в нашата страна се извършват едновременно с тези в повечето европейски страни. Равнището на съвременната медицина наложи трансплантацията като най-доброто и често е единственото животоспасяващо лечение при крайна (терминална) фаза на органна недостатъчност. В този аспект от изключително значение за българското общество е целенасоченото и систематично развитие на трансплантацията и свързаната с нея дейност по насърчаване на донорството в Република България.

Трансплантацията на хемопоеични стволови клетки е модерен и високо ефективен метод за лечение, предлагащ уникалната възможност за дълготраен контрол на болестта при пациенти със злокачествени хематологични заболявания, солидни тумори, първични имунни дефицити, наследствени болести на метаболизма, автоимунни заболявания, хемоглобинопатии, аплазия на костния мозък, както и при редица други болести.

Тъканните трансплантации дават възможност за лечение на редица заболявания и състояния, при които липсва алтернатива за възстановяване нормалното функциониране на засегнатата анатомична структура. Те рутинно се прилагат при дегенеративни или травматични увреждания на очите и костите. Успоредно с това, непрекъснато се разширяват възможностите за създаване на нови алографти, които увеличават терапевтичния потенциал на този вид трансплантации.

Внимателният анализ на трансплантационните процеси в България извежда на преден план поредица от проблеми - недостиг на органи за трансплантация, липса на достатъчна информация на българските граждани относно необходимостта от човешка солидарност и насърчаване на донорството, недостатъчна ангажираност на ръководствата на болниците в процесите по откриване и поддържане на потенциални донори, недоразвита материална база за вземане, съхраняване и присаждане на стволови клетки, лимитирано възстановяване на разходите за трансплантационния процес в България, нормативни ограничения.

Основните предизвикателства пред трансплантационната дейност както в България, така и в световен мащаб, се дължат на недостига на органи. За периода 2014-2018 г. средният брой на реализираните трупни донори е 2,66 на 1 млн. от населението на страната, а средният брой на нереализираните донори е 2,88 на 1 млн. Общият брой донори (реализирани и нереализирани) в страната на един милион население е 5,54 за целия период. За сравним период в Европейския съюз средният брой на реализираните и нереализираните трупни донори е 20,74 на 1 млн. население. През периода 2010-2018 г. в България броят на отказите от близките на потенциалните донори средно е до 20% от общия брой реализирани и нереализирани донори годишно. От 2014 г. се поддържа

стабилно ниво на донорството, което е три пъти по-високо в сравнение с периода преди 2010 г., но за съжаление все още е крайно недостатъчно.

Броят на извършените трансплантации в България е многократно по-нисък в сравнение с извършваните трансплантации в европейските държави. За периода 2016-2019 г. са извършени 138 трансплантации на бъбрек, 51 на черен дроб, 20 на сърце. В същото време 1 700 пациента се нуждаят от трансплантация (над 1 000 на бъбрек, 45 – на сърце, 469 на черен дроб, 20 на бял дроб и 10 на панкреас). За последните 12 години са извършени 177 броя алогенни трансплантации на стволови клетки.

Огромната диспропорция между необходимостта от органи и осигуряването им налага фокусът да се премести именно върху донорството, т.е. върху процесите по осигуряване на органи, без да се пренебрегва развитието на органната трансплантация. Цялата медицинска общност трябва да е наясно с проблема и да се включи пряко или непряко в процеса на осигуряване на органи.

Ключова роля за постигане на по-висока ефективност имат мерките за подобряване на организацията за идентифициране на потенциални органни донори на национално и болнично ниво, за развитие на национална система за продължаващо обучение на координаторите по донорство (включително за работа с близките на потенциалните донори) с цел подобряване на резултатите от трансплантацията, респ. качеството на живот на пациентите и за създаване на организация за набиране на донори за трансплантация на хемопоеични стволови клетки, в това число разширяване на капацитета на националната публична донорна банка.

За подобряване на дейностите, свързани с донорството и трансплантациите, следва да бъдат ангажирани всички големи лечебни заведения, които имат потенциал да участват в трансплантационните процеси. По-малките лечебни заведения, при наличие на предполагаем случай на потенциален донор и практическа и/или юридическа невъзможност за реализирането му, следва да имат логистичен план за трансфер до подходяща структура (донорски или трансплантационен център). Необходимо е въвеждане и практическо прилагане на програма за оценка и кондициониране на донори, обучение на медицинските специалисти, активното въвличане на структурите на лечебните заведения в процеса чрез ангажиране на ръководствата им, включително чрез изготвяне на план за действие и отчет за извършената дейност, както и на план за финансова ангажираност. Ключова роля в процесите имат и дейностите, свързани с и провеждането на информационни кампании за образование на обществото с акцент върху темата за донорството, включително и за ползата от доброволно и безвъзмездно донорство на стволови клетки за лечение на болни с ракови заболявания на кръвта, първичните имунодефицитни състояния и други, в т.ч. и даряване на стволови клетки от пъпна връв. За подобряване на настоящия модел от изключителна важност е регистрирането на данни и резултати, извършването на научен анализ и обработка, както и осъществяване на ефективен контрол и анализ на свършената работа.

От съществено значение за развитие на трансплантационните дейности е активното сътрудничество с международни организации за обмен на органи, което от една страна има потенциал да повиши броя на трансплантациите в страната, а от друга страна, дава възможност България да предоставя органи, за които няма подходящи реципиенти. Международното сътрудничество е и един от начините за повишаване на квалификацията и форма за обмен на знания и опит с водещи държави и експерти в областта на трансплантологията.

Съществено значение за преодоляване на основните проблеми има постигането на непрекъсваемост на процеса по намиране на донор, и неговото кондициониране, логистиката на експлантационните екипи (включително осигуряване на транспорт – сухоземен и въздушен), координацията между различните звена на здравната система, както и еднакво качество на извършваните дейности във всички етапи от трансплантационния процес – предтрансплантационна дейност, трансплантация, следтрансплантационни изследвания, наблюдение и лечение на реципиентите.

Осигуряването на качество и безопасност на взетите органи, тъкани и клетки е задължителен елемент от трансплантационната система на всяка европейска държава. Успоредно с това следва да се гарантира и тяхната проследимост от донора до реципиента.

Многоаспектността на трансплантационните дейности и голямото количество информация, което следва да се акумулира във връзка с тяхното извършване налага функциите по организация, координация и контрол върху този специфичен процес да бъдат делегирани на специализирания компетентен орган ИА „Медицински надзор“, който носи отговорността и за обмена на данни с отговорните структури на Европейската комисия и Съвета на Европа.

МЕРКИ:

- 2.5.2.1. Оптимизиране организацията и координацията в системата на болничната помощ за по-висока ефективност на дейностите по откриване и реализиране на донорите в мозъчна смърт;
- 2.5.2.2. Разширяване на обхвата на извършваните трансплантации;
- 2.5.2.3. Повишаване квалификацията на координаторите по донорство и трансплантационните екипи;
- 2.5.2.4. Подкрепа за публичното банкиране на стволови клетки за алогенна трансплантация;
- 2.5.2.5. Популяризиране на донорството сред медицинските специалисти и обществеността.
- 2.5.2.6. Повишаване на институционалния, административен и експертен капацитет на компетентния орган по трансплантации и донорство.
- 2.5.2.7. Актуализиране и хармонизиране на приложимите стандарти за осигуряване на качество на органи, тъкани и клетки при трансплантация.
- 2.5.2.8. Разширяване на международното сътрудничество, свързано с обмен на органи, информация и знания в областта на трансплантацията.
- 2.5.2.9. Осигуряване на въздухоплавателни транспортни средства за обезпечаване на донорски ситуации и международен обмен на органи.

2.5.3. Трансфузионна хематология

Трансфузионната медицина е съществена част от модерното интензивно лечение, което помага да бъде спасен животът на милиони хора всяка година, особено в такива модерни медицински практики като кардиохирургия, трансплантология, хематология, онкология, спешна медицина и др. Освен в рутинното лечение, приложението на кръвни продукти има сериозно значение и при възникнали бедствени ситуации, крупни

производствени аварии, катастрофи и др. Основната задача на звената по трансфузионната хематология в системата за болнична помощ е да осигурят равнопоставен достъп на гражданите до лечение с кръв и кръвни съставки, в съответствие с най добрите практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност, като същевременно се грижат за опазване здравето на донорите и на медицинския персонал при лабораторната диагностика и провеждането на хемотрансфузиите. Усилията в областта на трансфузионната хематология следва да бъдат насочени към гарантиране на безопасно и достъпно лечение с качествени кръвни продукти, увеличаване на броя на безвъзмездните кръводарители и въвеждане на съвременни методи за преработка и диагностика на дарената кръв.

С оглед това ще бъдат предприети мерки за повишаване на качеството и сигурността на кръвта и кръвните продукти, за осигуряване на необходимите количества и съвременната диагностика на дарената кръв, за активно промотиране на безвъзмездното и доброволно кръводаряване както и за повишаване квалификацията на медицинските специалисти от системата.

МЕРКИ:

2.5.3.1. Осъвременяване на подходите за промоция на кръводаряване - съвместни дейности с държавни и неправителствени организации за промоция на безвъзмездното и доброволното кръводаряване, обучение на подрастващи, служители и доброволци, информационни кампании, насочени промоция на безвъзмездното и доброволно кръводаряване като акт на милосърдие и човешка солидарност.

2.5.3.2. Провеждане на периодичен мониторинг на общественото мнение към кръводаряването

2.5.3.3. Използване на съвременни методи за преработване на кръвта за гарантиране на качеството и сигурността на кръвта и кръвните съставки

2.5.3.4. Актуализация на Националната автоматизирана информационна система по трансфузионна хематология и свързването и с болничните информационни системи за директен и бърз обмен на информацията.

2.5.4. Здраве за възрастните хора (над 65 години)

Застаряването на населението е един от най-острите демографски проблеми в страните-членки на ЕС. България не прави изключение от останалите страни в Западна и Централна Европа, както по отношение на раждаемостта и смъртността, така и по отношение на процеса на застаряване на населението.

По данни на Евростат през 2018 г. почти една пета от населението на ЕС е било на възраст 65 или повече години, като трайно ниската раждаемост и по-високата средна продължителност на живота променят формата на възрастовата пирамида. За периода 2008-2019 г. относителният дял на лицата на възраст 65 и повече години в ЕС се е увеличил (от 17,1% на 20%). Динамиката на същия показател в България е по-неблагоприятен, като увеличението на делът на тази възрастова група е (от 17,8 на 21,6%). Друг важен елемент от застаряването на населението е прогресивното остаряване на по-възрастното население, като относителният дял на много старите хора се увеличава с по-бързи темпове от който и да е друг възрастов сегмент на населението на ЕС. Очаква се между 2020 и 2030 г. делът от населението на лицата на възраст 80 или повече години в ЕС да нарасне повече от два пъти — от 5,6 % на 14,6 %.

Докладът на Европейската комисия за застаряването от 2015 г. представя прогнози, които сочат устойчиво увеличение на очакваната продължителност на живота при раждане във всички държави от ЕС. В България към 2060 г. възрастното население на 65 и повече години като процент от общото население се очаква да се увеличи с 12,3 процентни пункта и да достигне 32 %. В негативен план ще се измени и коефициентът на възрастова зависимост, като съотношението на населението на възраст 65 и повече години към населението на възраст 15 - 64 години към 2060 г. ще е по-малко от двама души в трудоспособна възраст към един възрастен човек.

Горните данни и тенденции са важни от гледна точка на планиране на присъщите за тази възраст здравни услуги и необходимите за това ресурси, предвид обстоятелството, че остаряването на хората в добро здраве е основна предпоставка за развитие на положителните аспекти на демографската промяна и възможностите, които предлага едно застаряващо общество, и по-точно едно здравословно застаряващо общество.

Застаряването на населението на фона на неговото бързо намаляване, задълбочаването на тежките демографски дисбаланси, обуславящи социални неравенства между големи социални групи в последните десетилетия, се превръщат в проблем на макрофискалната стабилност и устойчивостта на всички социални системи - пазара на труда, пенсионната система, системата за социално подпомагане и дългосрочни грижи, здравната система и др.

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

Основната причина за заболяемост, инвалидност и смъртност сред населението на 65 и повече години са хроничните незаразни заболявания, като факторите, които ги обуславят, в повечето случаи въздействат много преди да се достигне тази възраст. По тази причина подобряването на качеството на живот и ограничаване на тежестта на хроничните заболявания и уврежданията са свързани с мерки на въздействие в много по-ранна възраст, които са насочени основно към промоцията на здравето, профилактиката на заболяванията, ранната диагностика, своевременното лечение и по-доброто управление на здравословното състояние. Всичко това може да се постигне чрез изпълнение на програми за промоция на здравето и профилактика на заболяванията, включително осигуряването на устойчивост на резултатите от изпълнението на такива програми, реализирани в предходния период. Важен подход от гледна точка на постигане на ефект за цялото население е насърчаването по различни начини на ранното откриване на заболяванията, включително активно участие в провеждането на редовни профилактични прегледи, както и провеждане на скринингови програми по основни в своята мащабност и инвалидизиращи заболявания.

Специфичен проблем за населението над 65 години са тенденциите за увеличаване на броя на хората с деменция, поради което политиките за възрастните хора следва да акцентират и върху осигуряване на навременни, координирани и широко достъпни услуги за ранна диагностика и лечение на хората с деменция. По данни на СЗО деменцията засяга 5–15% от населението между 65 и 79 годишна възраст и нейната поява нараства прогресивно с възрастта, като достига 20–30% от населението между 80 и 95 години и е втората най-голяма причина за инвалидизация на хората над 70 г.

На този етап България изостава в осигуряването на комплексни грижи за пациентите с деменция, като основните проблеми са свързани с недостатъчния брой

специализирани центрове за диагностика, терапия, консултации, проследяване, информация и подкрепа, недостатъчната подготовка на лекари, медицински сестри, психолози и социални работници за ранна и навременна диагностика, липса на програми за превенция, ограниченият брой специализирани дневни центрове за хората с деменция с възможности за различни социално-психологически терапевтични интервенции и др. Социално-икономическа и медицинска значимост на навременна диагностика в предклиничните етапи на дементните състояния е голяма, тъй като идентифицирането на болестта в най-ранната фаза позволява адекватна медицинска и психологическа и социална грижа за пациента и семейството му. С оглед това следва да се предприемат мерки за създаване на центрове за диагностика и комплексно лечение и грижи за хората с деменция, както и за обучение на всички ангажирани професионалисти, тъй като това е от ключово значение за подобряване на комплексните грижи за хората с деменция и техните близки.

Усилията за постигане на по-добро здраве сред най-възрастната група от населението безусловно са свързани с решаването 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. Тези фактори, в своето многообразие, изискват комплекс от дейности в различни области на обществото и политиката, в които да се включват институции и всички заинтересовани страни, в т.ч. здравните специалисти и пациентите, социалните партньори, медиите и стопанските субекти.

По отношение на медицинското обслужване е необходимо осигуряването на равен достъп до висококачествени здравни услуги на всички възрастни хора. Същевременно системата на здравеопазването, както и съпътстващите услуги извън нея, трябва да бъдат развити така, че да се предоставят в своята цялост (интегриран подход) и тяхната организация и капацитет да са съобразени с потребностите и специфичните особености на възрастните хора. От съществено значение за тях е предотвратяването на самотата и изолацията, като подкрепата от семействата и връстниците играе ключова роля.

От съществено значение е и проучването на международните практики и опит в областта на активното стареене и прилагане на междугенерационния подход; изследване на регионалната и секторна демография на работната сила в България, създаване на регионална пирамида на възрастта; проучване на поколенческите характеристики на работната сила и създаване на профили на отделните поколения на работното място; изследване на възможностите за приспособяване на работната среда към специфичните потребности на хората с хронични заболявания.

Възможност за проучване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност на работа на хора с хронични заболявания, т.к до момента в България основните политики са насочени към основно към проблемите на инвалидността на хората с увреждания с цел:

- преодоляване на недостига на работна сила и увеличаване на дела на заетите лица чрез насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа;
- приспособяване на политиките по управление на човешките ресурси в предприятията и на индустриалните отношения към променящите се демографски тенденции и застаряване на работната сила и създаване на предпоставки за развитието на т.н. „сребърна икономика“;

- развитие на социално партньорство за осигуряване и поддържане на работна среда, съобразена със специфичните възрастни потребности на различните генерации и нуждата от трансфер на знания и опит между поколенията на работното място.

МЕРКИ:

2.5.4.1. Насърчаване на здравословен начин на живот през целия жизнен цикъл и здравословно остаряване със специален акцент за хората над 65-годишна възраст;

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

2.5.4.3. Адаптиране на социалните и здравните услуги към специфичните нужди на възрастните хора от дългосрочна грижа, така че те да останат максимално дълго време в обичайната си среда, при осигурена интегрирана здравно-социална подкрепа за справяне в ежедневието.

2.5.4.4. Изграждане на необходимия професионален капацитет на персонала, ангажиран с предоставянето на социалните и здравните услуги в обичайната за възрастния човек среда, в т.ч. и в областта на психологическата помощ.

2.5.4.5. Развитие на услугите в сферата на продължителното стационарно лечение, с осигуряване на необходимия капацитет в съответствие на потребностите на населението

2.5.4.6. Осигуряване на необходимата грижа за психичното здраве с насоченост към различните форми на деменция при възрастните хора, при които когнитивните и поведенческите нарушения водят до прогресивна загуба на самостоятелност на болните.

2.5.4.7. Създаване на условия за диагностика и комплексно лечение и грижи за хората с деменция и обучение на професионалистите, ангажирани с диагнозата, терапията и грижите за хората с деменция.

2.5.4.8 Разработване на методически материали, секторни стратегии и политики за насърчаване и подпомагане на процесите свързани с активното стареене и внедряване на междугенерационния подход: разработване на наръчници за мениджъри и ментори (наставници); разработване на наръчници за адаптиране на работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания; разработване на иновативен модел за описание, ергономия и дизайн (реорганизация) на работното място, съобразен с потребностите на възрастта и насърчаването на по-дълъг трудов живот и способност за работа; разработване на електронен инструмент за оценка на риска по безопасност и здраве на работното място съобразен с възрастта; разработване на електронен инструмент за оценка на факторите в работната среда пораждащи професионално изчерпване (бърнаут).

2.5.5. По-добро здраве за хората с увреждания

Твърде много пациенти в ЕС са изправени пред финансови затруднения в резултат на разходи за здравни грижи, водещи до увеличаване на неравнопоставеността в здравеопазването. Пациентите с хронични заболявания и хората, които неформално

полагат грижи за тях, се сблъскват със сериозни затруднения с достъпа до и в оставането на работа. Като резултат от това – социалното изключване често води до влошаване на здравето и нарастваща нужда от медицинско обслужване.

Превантивната и трудово-професионалната функции на териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) в момента са основните лостове за социалната интеграция на хората с увреждания. Проблемът с безработицата на хронично болните е огромен и правата им продължават да бъдат нарушавани, заради ограниченият им достъп до пазара на труда. SWOT-анализите на системата показват, че в действителност те не се осъществяват.

Експертното решение от ТЕЛК съдейства за социализацията на хората с увреждания само в частта инвалидна пенсия, технически помощни средства, чужда помощ. Законът не предвижда трудоустрояването и възстановяването на работоспособността да се осъществява чрез индивидуална рехабилитационна програма, определена в експертното заключение на ТЕЛК. Нейното съставяне съобразно персоналните потребности на лицето с увреждане е в професионалните компетенции на трудотерапевт/ерготерапевт.

За да се преодолеят проблемите, е необходимо перспективата за развитие на системата на експертната на работоспособността да следва европейския принцип на „рехабилитация-интеграция-връщане на пазара на труда“ вместо инвалидна пенсия в български условия. Действията на ТЕЛК следва да са с насоченост към медицинска профилактика, комплексна рехабилитация, преквалификация и връщане на пазара на труда.

Политиката за правата на хората с увреждания следва да бъде насочена към очертаване на присъщия хоризонтален характер във връзка с всички секторни политики, които следва да бъдат ангажирани при оказване на подкрепа за хората с увреждания. Ще се прилага индивидуален подход, при съобразяване и изпълнение на изискванията на Конвенцията за правата на хората с увреждания на ООН, с оглед насърчаване, защита и гарантиране на пълноценното и равноправно упражняване на правата и свободите на хората с увреждания на територията на Република България и създаването на условия за социалното им приобщаване в общността. Ще продължат усилията за предоставяне на необходимата и адекватна социално-икономическа подкрепа

В по-широк аспект, здравната помощ за лица с увреждания в повечето случаи се нуждае от интердисциплинарен подход, което налага осигуряването и поддържането на добра координация между различните здравни специалисти, както и на социалните и други услуги, предоставяни на хората с увреждания. По тази причина трябва да продължат усилията за осигуряване на навременна рехабилитация като комплексна дейност, включваща медицинска, професионална и социална рехабилитация. В тази връзка е необходимо да се създадат достатъчно на брой рехабилитационни структури в страната, осъществяващи комплексни рехабилитационни програми, в т.ч. медицинска и функционална диагностика, кинезитерапия, физикална терапия, говорна терапия, ерготерапия, психотерапия и др. Едновременно с това следва да се развива

координацията на процесите на медицинска, социална и професионална рехабилитация, насочени към максимална интеграция, реинтеграция или социално включване на хората с увреждания в обществото, в т.ч. осигуряване на трудова заетост.

Елемент на цялостната политика за осигуряване на възможно най-високо ниво на здраве и благополучие за децата и хората с физически увреждания и психически разстройства е продължаване на процеса на деинституционализация и развитие на съвременни модели на интегрирана грижа за тях.

Дългосрочните цели в сферата на медицинската експертиза са свързани именно с преоценка на съществуващия модел и оценката на реалните нужди от нея, във връзка с посочените недостатъци.

Следователно концептуалната промяна в модела на медицинската експертиза, която безспорно е необходима, се изразява в изместване на акцента от оценяване на уврежданията към нивото на човешкото здраве и функциониране, представяйки възможността всеки човек да може да преживее определена степен на увреждане, т.е. фокусът се измества от причината към ефекта.

МЕРКИ:

2.5.5.1. Превенция на уврежданията чрез ограничаване въздействието на факторите, обуславящи в най-голяма степен инвалидизиране сред населението;

2.5.5.2. Първична и вторична профилактика на трайните увреждания чрез ранна диагностика и своевременно и ефективно лечение на заболяванията, водещи до инвалидизиране и комплекс от дейности, насочени към недопускане на увеличаване степента (тежестта) на инвалидизация, включително осигуряване на възможности за лечение и рехабилитация в дома;

2.5.5.3. Утвърждаване и създаване на устойчивост при прилагането на нови подходи за работа в общността и непрекъсната и интегрирана здравно-социална грижа за хората с увреждания;

2.5.5.4. Осигуряване на достатъчен брой съвременни технически помощни средства

2.5.5.5. Подобряване на качеството, организацията и достъпа до медицинската експертиза на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане и осъществяване на ефективен контрол върху медицинската експертиза;

2.5.5.6. Промяна на модела на медицинска експертиза с фокус върху нивото на човешкото здраве и функциониране, което определя индивидуалните потребности от социално включване.

2.5.5.7. Въвеждане на Модела “Преходно работно място” с цел да се грижи за това да премахне бариерата, която кара хората да не започнат работа. Той позволява осигуряването на възможност хората с хронични заболявания да натрупат опит на множество работни места, да подобрят работните си навици, да преценят способността си да работят на конкурентно работно място. Моделът включва нормално място на работа, стандартното за страната възнаграждение, работа на половин работен ден, индивидуална или групова работа, също така и временна работа.

2.5.5.8. Холистичният подход към здравните проблеми на пациента, семейството и общността изисква обединяване на усилията на различни медицински и немедицински специалисти за поддържане на живот в добро качество. Подобен подход предопределя необходимостта от намаляване на инвалидността посредством ранна и продължителна във времето рехабилитация и трудотерапия до максималното възможно ниво на възвръната работоспособност.

2.5.5.8 Развитие на системата на експертизата на работоспособността да следва европейския принцип на „реhabилитация-интеграция-връщане на пазара на труда“ вместо инвалидна пенсия в български условия.

2.5.6. Здраве за уязвимите групи

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

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

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

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

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

Следва да се има предвид, че тъй като голяма част от здравните им проблеми възникват или се влошават от тяхното неравнопоставено социално положение, то мерките, насочени към тяхното социално включване, имат пряко позитивно влияние върху тяхното здраве и техния достъп до здравни грижи. От друга страна, необходимо е и подобряване на достъпа и адаптиране на здравните услуги към динамичните характеристики на тези групи.

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

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

Преодоляването на здравната уязвимост и неравенства при лицата от определени уязвими групи изисква прилагане на интегриран подход, при който предоставянето на различните обществени услуги (социални, здравни, образователни и др.) се осъществява в координация.

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

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

По отношение на здравната уязвимост на лицата с психични и физически увреждания е необходимо развитие на мрежата от услуги в общността при подчертан акцент върху дейностите, насочени към тяхната социална интеграция.

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

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

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

МЕРКИ:

- 2.5.6.1. Повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи от населението съгласно националния имунизационен календар;
- 2.5.6.2. Подкрепа за междусекторни мерки за социално включване, в т.ч. участие в системата на задължителното здравно осигуряване на лицата от уязвими групи;
- 2.5.6.3. Създаване на механизми за определяне на съответните специфични нужди и потребности на уязвимите групи като основа за планиране на здравните услуги;
- 2.5.6.4. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги за уязвими групи в общностите с фокус върху бременни, деца, възрастни хора и хора с увреждания;
- 2.5.6.5. Изграждане на умения за здравословно поведение чрез повишаване информираността на уязвимите групи;
- 2.5.6.6. Утвърждаване на модела на здравния медиатор към общините като работещ модел за преодоляване на културните бариери в общуването с ромите, в т.ч. при провеждането на профилактични програми и здравно образование;

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

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

2.6. Подобряване на качеството на медицинската дейност и осигуряване безопасността на пациентите

В свои анализи Световната здравна организация констатира, че правителствата стават все по-загрижени за работата на здравните системи предвид техния дял от brutния вътрешен продукт и нарастващите ограничения в разходите. Наблюдава се тенденция към много по-голям контрол и отчетност чрез проверки, публикуване на данни и други публични отчети, ръст в размера на регулациите, на които се прилагат доставчиците и това вероятно ще продължи да се разширява. Налице е засилен интерес към безопасността на пациентите с увеличаващи се изисквания към доставчиците не медицински услуги, които трябва да гарантират не само наличието на вътрешни системи за отчитане, но и да предприемат действия за по-добро управление.

В унисон с визията на СЗО, контролът на качеството следва да бъде обособен като конкретна държавна политика в областта на здравеопазването, целяща хармонизиране спрямо напредналите страни в това отношение. Тя следва да е обвързана със основните стратегически документи, по които България изпълнява ангажименти, като Програмата за устойчиво развитие 2030 на ООН, произтичащите от нея Цели за устойчиво развитие и по-конкретно Цел 3: Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст, стратегически документи на Европейския съюз и Национална програма за развитие България 2030.

Съгласно българското законодателство, дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента. Основната цел на медицинските стандарти е да се осигури стандартно качество на профилактичната, диагностичната и лечебната медицинска дейност като основен фактор за намаляване на заболяемостта и смъртността на населението в България, както и да се гарантира защита на правата на пациента. Медицинските стандарти отразяват съвременните постижения на медицинската наука, образование и практика и конкретните условия в страната, особено по отношение на кадрови, финансови и материални ресурси. Те допринасят в определена степен за постигане на съвместимост и съизмеримост на медицинската дейност в страната с медицинската дейност в другите страни от Европейския съюз.

Ключова роля за гарантиране на качеството на предоставяните медицински услуги имат и правилата за добра практика, изготвени от съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина, специалистите по здравни грижи, фармацевтите и зъботехниците. Правилата за добра медицинска практика включват система от насоки и принципи, които описват професионалните ценности, знания, умения и поведение, които лекарите и лекарите по дентална медицина може да прилагат в съответствие с опита си и професионалната си преценка, както и медицински практики, клинични насоки, консенсуси, основани на доказателства, препоръки и правила за профилактика,

диагностика и лечение, които създават условия за възможно най-добър изход от заболяването.

Освен въвеждането на медицински стандарти по отделните медицински специалности и правила за добра медицинска практика, ключова роля за повишаване качеството на медицинските грижи има реализирането на ефективна контролна дейност, която се осъществява на няколко нива – централно (МЗ, НЗОК), регионално (РЗИ и РЗОК) и общинско (дирекции „Здравеопазване“ към общините). Контролната дейност на тези органи обаче се извършва основно по документи и трудно може да оцени резултатът от извършените дейности. С цел повишаване на качеството е необходимо да бъдат подобряни координацията и комуникацията между трите нива, като основен фокус се постави върху пациентите.

Подобряването на качеството и контрола в здравната ни система означава не само предоставяне на подходящите здравни услуги на всеки пациент, по всяко време, но и изпълнение на ангажимента държавата да се грижи за своите граждани. Основните измерения на качеството на медицинските услуги са намаляване на риска за пациентите от причиняване на вреда в хода на диагностично-лечебния процес, своевременност на диагностичните и лечебни процедури, ефикасност и ефективност на лечението, равнопоставеност в грижите за пациентите и уважение, отговорност и индивидуален подход към всеки, потърсил медицинска помощ.

В процеса по осъществяване на контрол следва да бъдат привлечени и съсловните организации. Тяхната отговорност, както и тази на обучителните институции, следва да бъде насочена към целия процес на обучение – за придобиване на специалност, продължаващо и изпреварващо (по отношение на новите технологии), с цел повишаване на квалификацията и предоставяне на възможности за усвояване на нови знания и имплементация на добри практики. Участието в научни изследвания трябва да бъде насърчавано от страна на лечебните заведения, като по този начин се предостави възможност за по-детайлно изучаване на заболяванията и причинно-следствените връзки за тяхното възникване и разпространение. Последното може да послужи освен за предприемане на кампании по промоция на здраве, така и за по-бързо и ефективно прилагане на адекватно лечение.

С оглед осъществяването на ефективен контрол върху качеството на предоставяните медицински дейности в лечебните заведения и необходимостта от адаптация на системата спрямо нуждите на пациентите, следва да се въведе рейтингова система на лечебните заведения. Целта е тя да отразява ефективността и ефикасността на тяхната дейност, да оцени въвеждането на нови технологии и добри практики, общата удовлетвореност на пациентите от оказаните им медицински грижи, изразходваните ресурси и други. В тази рейтингова система следва да се изведат като основни заинтересовани страни пациентите, финансиращите органи и самите доставчици на медицински услуги. С внедряването на рейтингова система на лечебните заведения ще се предостави възможност на пациентите за аргументиран избор на изпълнител на медицинска помощ, съобразен с конкретните им потребности, като в същото време могат да бъдат включени и техните лични предпочитания, базирани на оценката, дадена от други потребители на предоставяната от лечебното заведение медицинска услуга. Рейтинговата система може да бъде използвана и за въвеждане на диференциация при сключване на договор с НЗОК, както и за възможност за отказ от сключване на такъв договор, при установено ниско ниво на качеството.

Имплементирането на електронното здравеопазване под формата на Националната здравноинформационна система (НЗИС) също е важен елемент за подобряване на качеството. При въвеждане и съхраняване на цялата информация за пациента, всеки изпълнител на медицински дейности ще може да се запознае с историята на заболяването на пациента, предшестващите заболявания, извършваните диагностично-лечебни дейности и резултатите от тях. По този начин вероятността да пропусне важна информация, която има значение за лечебния план на пациента, се намалява значително, а същевременно се повишава медицинската ефективност отнасяща се до информираността на лекаря, което е от съществено значение за продължаването на лечението на пациента.

Във връзка с постоянно нарастващите разходи за здравеопазване и ограничения финансов ресурс за тези дейности е необходимо въвеждане на по-висок контрол по отношение на качеството. Повишаването на качеството на предоставяните медицински услуги би било от полза преди всичко на доставчиците на медицински услуги, тъй като би ги направило по-конкурентоспособни и по-желани от пациентите.

- Риск мениджмънт

Управлението на риска включва идентифициране на рисковете, на стратегии и начини за избягване или намаляване на тези рискове и разработване на план за извънредни ситуации в случай, когато рисковете не могат да бъдат предотвратени или избегнати. (COVID-19) Една от най-важните характеристики на управлението на риска в здравеопазването е да се гарантира непрекъснатост на грижите за пациентите и медицинските специалисти. Предотвратяването на заболяванията са водещо предизвикателство пред общественото здравеопазване в България и Европейския съюз. Вредното влияние на различни фактори на околната среда като физически, социално-икономически, нездравословен живот, рисково социално поведение са водещи за възникването и развитието на общественозначими заболявания. Познаването и адекватното и точно оценяване на риска в мениджмънта от експертите работещи в областта на общественото здраве в условията на продължаваща и задълбочаваща се социално-икономическа и здравна криза е от ключово значение за определяне посоката на неговото устойчиво развитие, повишаване конкурентоспособността му и не на последно място правилното и в интерес на хората функциониране на системата на здравеопазване. Практическите подходи при анализа на риска не могат да бъдат осигурени от конвенционалните медико-клинични процедури поради ограничения им обхват. Подходите в риск мениджмънта в здравеопазването се основават основно върху проучване на риска от предотвратими събития и предприемане на действия по превенцията им. Тези рискови събития са вариабилни и зависят основно от нивото на здравеопазване във всяка конкретна страна и всяка една трябва да може да ги дефинира, ръководи и осъществява превенция върху тях. Риск мениджмънтът е потенциално по-важен в здравеопазването, отколкото в други индустрии. Това е процесът, при който организацията методично изучава потенциалните рискове, за да подобри качеството на предоставените грижи.

Риск мениджмънтът може да се използва по проактивен начин за определяне и управление на рисковете. Една установена, работеща програма за риск мениджмънт допринася за предоставянето на здравни грижи без грешки и допринася към качеството на здравеопазването.

Възможности на риск базирания подход при осъществяване на проверките в здравеопазването като подход, при който компетентни органи и задължени субекти идентифицират, оценяват и разбират рисковете, свързани с качеството на медицинското обслужване, на които са изложени оценяваните субекти, и предприемат мерки, които са пропорционални на тези рискове. От своя страна риск-базираните проверки са част от цялостен цикъл на надзор, при който интензивността и честотата на проверките и другите форми на надзор на лечебните заведения се определят въз основа на оценка на рисковете за качеството на медицинското обслужване, които засягат тези лечебни заведения.

МЕРКИ:

- 2.6.1. Повишаване на контрола на качеството по отношение на медицинското обслужване;
- 2.6.2. Повишаване на общата удовлетвореност на пациентите от здравната система;
- 2.6.3. Използване капацитета на Националната здравно-информационна система като инструмент за подобряване на контрола и за анализ на данните за оказваната медицинска помощ;
- 2.6.4. Подобряване на работата на централните органи със съсловните организации
- 2.6.5. Създаване на по-добри условия за функциониране на контролните органи, включително повишаване привлекателността на работата по контрола на медицинската дейност

ПРИОРИТЕТ 3 ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА – ЕФЕКТИВНА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА

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

Правната рамка в Република България уреждаща секторната политика свързана с лекарствените продукти гарантира високи стандарти за качество и безопасност. Основният принципа върху който се развива голяма част от законодателството е, че лекарствените продукти могат да се пускат на пазара само след разрешение за употреба, издадено от компетентните органи. Около този принцип се хармонизират и изискванията, прилагани в цялото Европейско икономическо пространство част от което е и нашата страна.

В предстоящия нов законодателен цикъл ще подготвим и представим нашите изчерпателни отговори на политиката с оглед на предизвикателствата и възможностите, представени в областта на лекарствените продукти. Като в този контекст настоящата стратегия приета от НС ще превърне нашите приоритети в действия, които се очаква да окажат ефект в дългосрочен план.

Необходимо е провеждане на една добре проектирана и устойчива лекарствена политика, съобразена с националните приоритети и специфики и постигане на дългосрочен икономически растеж във връзка с реализиране на заложените цели от

Програмата за устойчиво развитие до 2030 г. и Националната програма за развитие на България 2030. Акцент на политиката ще продължи да бъде осигуряване потребностите на населението от качествени, достъпни, доказани в терапевтичната практика и стойностно-ефективни лекарствени продукти. Ще се търсят механизми оказващи положително влияние върху здравния статус, които в дългосрочен план да доведат до подобряване на здравните резултати. Мерките, които ще се предприемат за справяне с нарастващите предизвикателства, ще бъдат фокусирани към осигуряване на финансова устойчивост на системата и ще поставят на първо място безопасността на пациентите, осигуряване на тяхната финансова защита и осигуряване на равнопоставен достъп.

Всичко това е гаранция, че пациентите ще получат точното лекарство в точния момент, което е в основата на концепцията за рационална лекарствена употреба на СЗО, както и за подобрен достъп до лекарствени продукти. Подобряването на достъпа до здравни услуги, респективно лекарствени продукти е задача от комплексен и постоянен характер за здравната система в тази връзка редица от описаните по-долу действия надграждат заложен в предходни периоди законодателни промени, които се очаква да окажат ефект в дългосрочен план.

Основен принос към реализацията на политиката в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия имат Министерство на здравеопазването, Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ), Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (НСЦРЛП) и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

Основните приоритети с предстоящи действия определяме в две направления: лекарства и медицински изделия.

3.1. Лекарства.

Днес лекарствените продукти са разрешени на равнище ЕС от Европейската комисия или на национално ниво от компетентните органи на държавите от ЕС. Веднъж пуснат на пазара, безопасността на лекарствения продукт продължава да се следи през целия му жизнен цикъл. За лекарствените продукти, заплащани с публични средства предмет на проследяване е и тяхната ефективност. Съществуват и специални правила за лечение с неразрешени за употреба в Република България лекарствени продукти когато лечението на съответно заболяване е без алтернатива в страната, като за конкретен пациент може да се прилага лекарствен продукт, който е разрешен за употреба в страна - членка на Европейския съюз, разрешен е за употреба по реда на специализирания закон, но не се разпространява на българския пазар.

Обща необходимост за осигуряване на гъвкавост, ясна перспектива, устойчивост на мрежата, проследяване, доверие в системата и оптимизиране на регулаторната тежест са сред основните приоритети по направление „лекарства“ идентифицирани както следва:

Основни приоритетни области по направление лекарства:

- I. Осигуряване на равнопоставен достъп до лекарствени продукти;
- II. Осигуряване на сигурност и надзор;
- III. Устойчива среда;

Осигуряване на равнопоставен достъп

Ключовите предизвикателства в това направление са: оттегляне на доказано ефективни терапии от пазара, отсъствие на интегрирана електронната здравна система и навлизането на генерични и биоподобни лекарствени продукти на пазара.

Фармацевтичните продукти са един от основните стълбове на здравеопазването, а не просто обект на търговия. Недостатъчният достъп до основни лекарствени продукти и високите цени на иновативните лекарствени продукти представляват сериозна заплаха за устойчивостта на националните здравни системи. Навлизането на генерични и биоподобни лекарствени продукти на пазара е важен механизъм за увеличаване на конкуренцията, намаляване на цените и гарантиране на устойчивостта на здравните системи. Навлизането на генерични и биоподобни лекарствени продукти на пазара не следва да се забавя и конкуренцията не следва да се нарушава.

Необходим е стратегически пробив в областта на превенцията на заболяванията, тъй като тя може да се счита за ключов фактор за намаляване на използването на лекарствени продукти и същевременно за гарантирането на високо равнище на закрила на човешкото здраве.

В тази връзка следва да се укрепят законодателството, насочено към предприемане на всички необходими мерки за профилаксиране на обществено значими заболявания и състояния, включително чрез насърчаване на здравословни и безопасни навици, посещение на профилактични прегледи, засилена активност, здравословното хранене и др.

През периода 2021-2030г. ще продължи процеса по прилагането на стандартизиран и прозрачен механизъм за докладване на причините за недостиг на лекарствени продукти и въвеждане на ефективен инструмент за изготвяне на политики въз основа на събраните факти;

Активен ще е и процеса за наблюдение и преодоляване недостига на лекарствени продукти: прецизиране понятието недостиг на медикаменти, анализ на причините за появата на недостиг, оценяване на въздействието на паралелната търговия и квотите за доставка, поддържане на списък на основните лекарствени продукти, при които има недостиг на доставките.

Изпълнението на основните политики в областта на лекарствените продукти са фокусирани по осигуряване потребностите на населението от качествени, достъпни, доказани в терапевтичната практика лекарствени продукти. Мерките които се планират за справяне с нарастващите предизвикателства в областта на лекарствената политика през периода 2021-2030 ще бъдат фокусирани към осигуряване на равнопоставен достъп за всички общности и категории лица без дискриминация по признак. Осигуряването на равнопоставен достъп на пациентите до лекарствени продукти е споделена отговорност на всички заинтересовани страни в системата на здравеопазването.

МЕРКИ:

3.1.1. Въвеждане на ефективни инструменти за изготвяне на политики за преодоляване на недостига на лекарствени продукти.

3.1.2. Създаване на предпоставки за максимално използване на потенциала на електронното здравеопазване - Програмата за електронно здравеопазване и необходимостта от приоритизиране на разработването и прилагането на решения, свързани с електронното здравеопазване (e-Health) и мобилното здравеопазване

(mHealth), за гарантиране на безопасни, надеждни, достъпни, модерни и устойчиви нови модели на здравеопазване за пациентите, лицата, полагащи грижи за други хора, здравните специалисти и платците.

3.1.3. Развитие на устойчива политика във връзка с употребата на генерични и биоподобни лекарствени продукти.

3.1.4. Осигуряване на равнопоставен достъп.

Осигуряване на сигурност и надзор

Предвидени са активни действия по осигуряването на непрекъснат контрол и мониторинг на качеството, безопасността, ефективността и ефикасността на разрешените за употреба лекарствени продукти в страната, както и текущо актуализиране на нормите и стандартите за производство, разрешаване на употреба, разпространение, предписване и отпускане на лекарствени продукти и медицински изделия.

Надзора на пазара на лекарствени продукти е вменено със ЗЛПХМ задължение на ИАЛ, и се осъществява регулярно. За засилване на надзора на пазара се предвижда повишаване на капацитета на лицата осъществяващи контролни функции по прилагане на законодателството в областта на лекарствените продукти.

МЕРКИ:

3.1.5 Засилване на надзора на пазара на лекарствени продукти

3.1.6 Повишаване на капацитета на контролните орган осигуряващ надзор на пазара на лекарствени продукти

3.1.7 Засилване на координацията между органите осъществяващи контрол

3.1.8 Подобряване на достъпа до актуална информация за лекарствените продукти

Устойчива среда

Създаването и поддържането на устойчива среда се определя до голяма степен от същностните характеристики на лекарствените продукти. Лекарствата са от основно потребност за поддържане на живота, подобряване качеството му и облекчаване на страданията. Това обуславя необходимостта от осигуряване на равен достъп до лекарствени продукти за гражданите, съобразно техните потребности и независимо от техните финансови възможности. От друга страна употребата на лекарства изисква висока и специфична професионална експертиза и не може да бъде оставена на индивидуална преценка на пациента.

За създаването и поддържането на устойчива среда следва да се има предвид следното:

- За оценка на здравните технологии вече се използват различни критерии за оценяване на клиничните, икономическите и социалните ползи от новите лекарствени продукти, с цел да мотивират на решенията по ценообразуване и реимбурсиране.
- Цените на лекарствените продукти следва да бъдат адекватни на конкретното икономическо положение в държавата, в която се продават, както и да бъдат в съответствие с терапевтичната добавена стойност, която осигуряват за пациентите, като

същевременно гарантират достъп на пациентите, устойчиво здравеопазване и възнаграждение за иновациите;

- Повишаване на прозрачността и увеличаване на доброволното сътрудничество между държавите членки в областта на ценообразуването и реимбурсирането, за да се гарантира устойчивостта на здравните системи и да се запази правото на европейските граждани на достъп до качествено здравно обслужване;
- Необходимо е разработване на мерки, които да гарантират достъп на пациентите до лекарствени продукти, достъпни цени, полза за обществото, избягване на неприемливи последици за бюджета за здравеопазване, използване на различни мерки, като например („сканиране на хоризонта“, диалог на ранен етап, иновативни модели на ценообразуване, доброволно съвместно възлагане на обществени поръчки и доброволно сътрудничество в преговорите относно цените).
- Необходим е функциониращ строг контрол и прозрачност при управлението на обществените поръчки;
- Оценките на здравните технологии (ОЗТ) и проследяването на ефекта от терапиите трябва да бъдат утвърдени като важен и ефективен инструмент за подобряване на достъпа до медикаменти, който да допринася за устойчивостта на националната здравна система, да позволява създаването на стимули за иновации и да осигурява за пациентите висока терапевтична добавена стойност и достъп до нови терапии.
- Създаването на електронна платформа за обмен на информация на междудържавно ниво провеждане на съвместни преговори на ДЧ за ценообразуването на някои лекарствени продукти;

За създаването и поддържането на устойчива среда се предвиждат следните приоритети:

- Осигуряване на равнопоставен достъп до лекарствени продукти;
- Стимулиране, въвеждане и насърчаване на употребата на генерични и биоподобни лекарствени продукти, чрез което значително ще се намалят разходите за ЛП;
- Създаване на устойчива регулаторна среда за пациентите, институциите и индустрията;
- Усъвършенстване на механизмите за ценообразуване и усъвършенстване на механизми за задължително договаряне на отстъпки, pay-back, claw-back и други схеми за споделяне на риска;
- Подобряване на здравните резултати, чрез рационално използване на лекарствените продукти и правилно терапевтично решение;
- Провеждане на централизирани електронни търгове за лекарствени продукти, заплащани с публични средства, чрез единна национална платформа за търговия с лекарствени продукти за нуждите на лечебните заведения в Република България.
- Утвърждаване и осигуряване на устойчиво развитие на дейността по оценка на здравните технологии и резултатите и дейността по проследяване на ефекта от терапията на лекарствени продукти с цел оптимизиране разходването на публични средства,
- Осигуряване на достъп до качествени и ефективни лекарствени продукти;
- С цел поддържане на устойчива среда, смекчаване и предотвратяване на евентуален недостиг на лекарства, използвани по време на големи събития и спешна ситуация със здравето е добре да бъде използвана подходяща платформа за редовен диалог по специфични теми, използване на система за бързо наблюдение и

комуникация. В тази връзка стартиралата от ЕМА заедно с фармацевтичната промишленост и държавите-членки на ЕС, подобрена система за бързо наблюдение и комуникация (единна контактна точка или i-SPOC) би могла да бъде една добра основа за това, която може да се надгради, разшири и усъвършенства с цел подобряване на комуникацията, взаимовръзките и диалога между различните участници в сектора като ЕМА запази своята координираща функция.

МЕРКИ:

- 3.1.9 По-голяма прозрачност при договарянето на отстъпки с ПРУ;
- 3.1.10 Подобряване на достъпа до доказано ефективни терапии;
- 3.1.11 Подобряване на достъпа до иновативни лекарствени продукти и терапевтични възможности;
- 3.1.12 Осигуряване на финансова устойчивост на системата;
- 3.1.13 Фармацевтичен сектор интегриран в електронна здравна система с оглед реално измерване на резултата;
- 3.1.14 Подобряване на достъпа и споделянето на данни от проведено лечение за статистически, изследователски или лечебни цели и насърчаване обратната връзка с към пациента относно качеството на здравните услуги.
- 3.1.15 Провеждане на политика на прозрачност при провеждането на търгове и строг контрол при публичните плащания.
- 3.1.16 Използване на механизъм който позволява по-добър контрол на текущи проблеми с доставките и по-бърз поток на информация между националните органи, регулаторните органи в ЕС, фармацевтичната индустри.

Медицински изделия.

В областта на медицинските изделия акцента е поставен върху създаване на стабилна, прозрачна, предсказуема и устойчива нормативна уредба за медицинските изделия, гарантираща високо ниво на безопасност и закрила на здравето, като едновременно с това се подпомагат иновациите.

Приоритети:

- Наблюдение и усъвършенстване на нормативна уредба допринасяща за високото ниво на защита на безопасността и прилагане на целенасочени действия във връзка с безопасността и по-доброто наблюдение от страна на компетентните органи;
- Въвеждане и осигуряване на мерки за прилагане на европейското законодателството в областта на медицинските изделия и на медицинските изделия за ин витро диагностика (Регламент (ЕС) 2017/745 на Европейския парламент и на Съвета за медицинските изделия за изменение на Директива 2001/83/ЕО, Регламент /ЕО/ №178/2002 и Регламент (ЕО) №1223/2009 и за отмяна на директива 90/385/ЕИО и на директива 93/42/ЕИО на Съвета (ОВ, L 117/1 от 5 май 2017 г.) и на Регламент (ЕС) 2017/746 на Европейския парламент и на Съвета за медицинските изделия за ин витро диагностика и за отмяна на Директива 98/79/ЕО на Европейския парламент и на Съвета и Решение 2010/227/ЕС на Комисията (ОВ, L 117/176 от 5 май 2017 г.).

МЕРКИ:

- 3.2.1 Осигуряване безпрепятственото участие на България в пазара на ЕС на медицински изделия и медицински изделия за инвитро диагностика на базата на високо ниво на закрила на здравето на пациентите.
- 3.2.2 Повишаване на прозрачността чрез по-добър достъп до информация на пациентите, обществеността и медицинските специалисти;

ПРИОРИТЕТ 4 ЕЛЕКТРОННО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Електронното здравеопазване е в основата на изпълнението на стратегическите цели и приоритети на Националната здравна стратегия 2030. Иновативните решения в областта на електронното здравеопазване могат да подпомагат профилактиката и превенцията на болестите и насърчаването на здравословен начин на живот, да водят до подобрения в качеството на живот на гражданите и да дадат възможност за по-ефективни начини на организиране и предоставяне на здравни услуги и грижи. Главен приоритет на електронното здравеопазване е провеждане на цифрова трансформация в сектор здравеопазване, базирана на развитието на трите технологични стълба: облачни технологии, развитие на безжичните комуникации мрежи (4G/5G), масовото внедряване на високоскоростни оптични мрежи за пренос на данни. Последните технологични постижения създават предпоставки, които позволяват промяна на модела на здравеопазването. Този модел поставя пациентът в центъра на здравната система, създавайки условия да участва активно в процеса на лечение, определен от здравните специалисти. Моделът дава технологични възможности за провеждане на активна „ежедневна“ здравна профилактика.

Ключови за развитието на електронното здравеопазване ще бъдат усилията за развитие и надграждане на Националната здравноинформационна система (НЗИС) чрез използване на съвременни здравни технологии за осигуряване на ефективни и ефикасни грижи с цел постигане на по-добри здравни резултати. Тя следва да бъде технологичния гръбнак върху който ще бъдат интегрирани всички софтуерни приложения, имащи отношение към здравето на човека. В резултат на въвеждането на НЗИС и други системи за електронно здравеопазване ще бъдат подобрени прозрачността в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването. Ще бъде създадена система за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

Електронното здравеопазване ще спомогне за постигане на по-добри здравни показатели, повишаване нивото на превенция и въвеждане на персонализираната медицина. Развитието на НЗИС и други системи за електронно здравеопазване ще подобри достъпа до здравна информация и нивото на здравна грамотност на гражданите, които са от основно значение за поддържане на здравето, по-добра профилактика и по-ефективно управление на болестите. Въз основа на научната информация относно рисковите фактори във всички сектори, могат да се използват цифрови решения, за да се популяризират кампаниите за информиране и повишаване на осведомеността относно здравословния начин на живот. Цифровите инструменти също така дават възможност на

гражданите да предоставят обратна информация и данни относно своето здравословно състояние на лекуващите ги лекари. Това може да подобри качеството на здравните услуги и в крайна сметка здравето и благосъстоянието на хората.

Въвеждането на НЗИС и други системи за електронно здравеопазване ще допринесе за съкращаване на времето за обслужване на пациенти и повишаване на качеството на здравните услуги в здравеопазването, както за увеличаването на възможностите за предоставяне на различни дистанционни здравни услуги. Ще бъде разработена и приложена концепция за развитие на телемедицината, особено за пациенти в труднодостъпни и отдалечени райони, както и за пациенти със специфични потребности - болни с хронични заболявания, възрастни хора и др., както и въвеждането на иновативни приложения за мобилни услуги за наблюдение на състоянието на пациентите, което също ще спомогне да се подобри достъпа на населението до определени здравни услуги.

Развитието на НЗИС и други системи за електронно здравеопазване ще даде възможност за по-добро използване на здравните данни в научните изследвания и иновациите с цел подпомагане на персонализираното здравеопазване, по-добрите здравни интервенции и по-ефективна система за здравеопазване и социални грижи. Въвеждането на НЗИС и други системи за електронно здравеопазване ще даде възможност за трансграничен обмен на здравна информация на гражданите на ЕС, на базата на регламентиран електронен информационен обмен.

В подкрепа на развитието на електронното здравеопазване ще бъдат предприети мерки за подобряване на знанията и уменията на здравните специалисти за събиране, анализ и защита на здравните данни, включително посредством определяне на изисквания за учебните програми в областта на цифровото здравеопазване за здравни специалисти и създаване на програми за обучение през целия живот, които да обхващат специфични набори от цифрови умения.

Въвеждането на НЗИС и други системи за електронно здравеопазване налага постоянното подобряване на киберсигурността, както по отношение защита на данните, така и повишаване доверието на гражданите в качеството на медицинските данни и намаляване на риска от нарушаване на неприкосновеността на личния живот и неправомерното използване на здравни данни.

За да се осигури съгласуваност на мерките и дейностите в областта на електронното здравеопазване, ще бъде разработена секторна Стратегия за електронно здравеопазване в Република България за периода 2021-2027 г. със съответни планове за действие. Стратегията за електронно здравеопазване ще допринесе за оптимизацията, интеграцията и осигуряването на взаимосвързаност на съществуващите в сектора на здравеопазването информационни системи, регистри и бази данни, както и за повишаване на сигурността и ефективността при разработването на нови системи и приложения. В дългосрочен план стратегията ще допринесе за подобряване на ефективността при управлението и контрола на процесите в системата на здравеопазването.

Електронното здравеопазване е неотменима част от изпълнението на политиките за електронно управление, за цифрова трансформация на публичните институции, за повишаване на качеството на административните услуги, за преминаването към рационални електронни процеси на функциониране и управление в публичните сектори и за достъп по електронен път до информацията, с която разполагат публичните институции. Развитието на Електронното здравеопазване е част от политиката за развитие на електронното управление в Република България и Закона за електронното

управление, осигурявайки оперативна съвместимост, стандарти, процедури и технологични средства за поддържането им, изграждане, цифровизация и развитие на базови регистри и тяхната интеграция, както и осигурявайки надеждност, мрежова и информационна сигурност и споделени ресурси на електронното управление.

МЕРКИ:

- 4.1. Разработване на стратегическа рамка за електронното здравеопазване
- 4.2. Въвеждане, развитие и надграждане на Националната здравноинформационна система (НЗИС).
 - 4.2.1. Въвеждане на национални номенклатури, задължителни за използване в сектора на здравеопазването.
- 4.3. Повишаване на капацитета за въвеждане на системи за електронно здравеопазване
- 4.4. Сигурност на информацията и личните данни
- 4.5. Управление и подобряване на достъпа и обмена на здравна информация

ПРИОРИТЕТ 5 ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ – ПОДОБРЯВАНЕ НА УСЛОВИЯТА ЗА ОБУЧЕНИЕ И РАБОТА В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

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

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

Въпреки това той е изправен пред сериозни предизвикателства: застаряваща работна сила (аналогично на застаряващото население на страната); недостатъчна привлекателност за младите поколения на някои здравни професии (най-вече професията „медицинска сестра“); неравномерно териториално разпределение в резултат на вътрешна миграция от по-малките към по-големите населени места; значително текучество на служителите в някои области поради тежки условия на труд и относително ниско заплащане; необходимост от нови умения за работа с нови технологии и за справяне с нарастването на хроничните болести.

Държавата следва да инвестира и да подпомага инвестициите в развитието на човешкия капитал в системата на здравеопазването, защото по този начин се постига по-високо качество на медицинските услуги, увеличена конкурентоспособност, по-високи и устойчиви темпове на икономически растеж и по-висок жизнен стандарт на населението. За разлика от финансовите и материалните ресурси осигуряването и оптималното разпределение на човешките ресурси в здравеопазването не е бърз, едностранен или механичен процес, зависещ само от административни решения. За обучението и оптималното преразпределение на човешките ресурси в здравеопазването е необходимо

създаване на благоприятна среда, предоставяща възможности и стимули, които да произведат в самите хора желание за обучение по конкретна медицинска професия и работа по нея в конкретно работно или населено място.

По осигуреност с медицински специалисти България все още заема позиции доста над средните за страните от ЕС с изключение на професията „медицинска сестра“. Най-същественният проблем за човешките ресурси в здравеопазването в България е малкият брой медицински сестри, упражняващи професията си. Възрастовата структура на работещите следва общата демографска тенденция за страната за застаряване на населението. Регионалното разпределение на медицинските специалисти е непропорционално и дебалансирано (както и на населението като цяло), което води до затруднен достъп на част от населението до здравни грижи и влияе върху качеството на медицинската помощ и върху ефективността и резултатността на медицинския труд.

Свободното движение на хора в рамките на ЕС създава възможност за миграция на здравни специалисти от България към другите европейски държави. Министерството на здравеопазването издава удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България. Броят на тези удостоверения е мярка по-скоро за потенциалната емиграция на медицинските специалисти, тъй като издаването на удостоверение не е еквивалентно на заминаване в друга държава с цел дълготрайно установяване там. Част от издаваните удостоверения са необходими за признаване на професионалната квалификация в друга държава с цел обучение или краткосрочна работа, след което медицинският специалист се завръща в България. Част от медицинските специалисти желаят издаване на удостоверение без да имат конкретна възможност да започнат работа в чужбина.

През последните 12 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани. Намалението е над три пъти – от 655 през 2008 г. до 208 за 2019 г. Особено интензивно е намалението в броя на издаваните удостоверения в периода 2014-2019г., когато броят им намалява близо 2,5 пъти (от 501 на 208). За посочения период намалява и броят на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина (през 2019 г. са издадени само 100 удостоверения, за сравнение през 2008г. са издадени 687, през 2014г. – 327). От данните на Министерството на здравеопазването е видно, че след 2015 г. се издават удостоверения за работа в чужбина на по-малко от 1% от лекарите и от медицинските сестри годишно, поради което тази потенциална емиграция не представлява заплаха за здравната система в страната.

За реализиране на политиката за осигуряване на човешки ресурси в здравеопазването е необходимо разработване и въвеждане на единна информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването. Само при наличието на надеждна, пълна и достъпна информация могат да се вземат правилни и обосновани решения за осъществяване на конкретни мерки и действия, съобразени с обективната действителност, да бъде провеждана адекватна политика и съответно да бъдат набелязвани правилни и ефективни мерки за осигуряване на необходимите медицински специалисти. Достъпната информация осигурява и възможност за по-конструктивно публично обсъждане и прозрачност на взетите решения.

Посочените предизвикателства пред сектора на здравеопазването изискват активна политика за инвестиране в човешкия капитал, насочена към:

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

Обучението на медицинските специалисти следва да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал. В тази връзка е необходимо полагане на целенасочени усилия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“ и повишаване интереса на младите хора към придобиване на тази професионална квалификация, за да може образователната система в средносрочен и дългосрочен план да започне да отговаря на идентифицираните потребности на здравната система от този вид медицински специалисти.

- Инвестиции в следдипломното обучение в системата на здравеопазването, което осигурява придобиването на специализирани професионални знания, умения и компетентности, свързани с упражняването на медицинската професия или специалност.

Само количественото осигуряване на медицински специалисти все още не означава качество на предоставяните здравни услуги. От съществено значение е професионалното развитие на медицинските специалисти в условията на бързо развиващи се технологии и научни познания в медицината, повишени очаквания от страна на обществото към предоставяните здравни услуги, застаряващо население, променени здравни потребности и промяна в професионалната роля и отговорности на медицинските специалисти, изискваща екипност, изграждане на партньорства и мултидисциплинарен подход, излизащ извън тесните рамки на биомедицинския подход. Това налага необходимост медицинските специалисти да придобият редица нови умения. Някои от тях са технически, като например извличането на максимума от новите информационни системи и постижения в технологиите. Други са организационни, като работата в мултидисциплинарен екип. Изисква се ново отношение и нагласа в медицинските специалисти за създаване на ефективни партньорства както помежду им, така и с пациентите, с лечебното заведение, в което работят и с обществото като цяло. Безвъзвратно е остаряла идеята, че здравеопазването е само полагане на лекарски труд. В съвременните високотехнологични здравни системи намират място не само медицински специалисти, но и икономисти, юристи, информатици, статистици, психолози, специалисти по мениджмънт и др. Наличието на широк спектър от различни професии в системата създава потребност от екипен стил на мислене и действие на представителите на отделните професии.

Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва обучение за придобиване на специалност и продължаващо медицинско обучение. Министерството на здравеопазването определя с наредба редът и условията за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Министърът на здравеопазването определя ежегодно броя на местата за специализанти, финансирани от държавата по специалности и по лечебни заведения или висши училища. Държавното финансиране е насочено към специалности, при които се отчитат негативни тенденции, включително при които заявените потребности надвишават броя на специализантите, т.е. при които се очаква дефицит поради това, че броят на завършилите специализанти няма да е достатъчен за задоволяване на всички заявени потребности от специалисти.

Продължаващото медицинско обучение се организира, координира, провежда и регистрира от съсловните организации при условия и по ред, определени в договори с

висшите училища, Българския Червен кръст и Военномедицинската академия. Непрекъснатото обучение е необходимо, тъй като наличните знания, умения и опит бързо остаряват в условията на динамичните промени в медицинското познание, техниката и технологиите. Целта на продължаващото медицинско обучение е да поддържа, актуализира и разширява знанията и уменията, придобити по време на следването и специализацията.

За да бъдат успешни медицинските специалисти и да реагират адекватно на новите предизвикателства, те трябва да имат лесен достъп до възможности за учене през целия живот. Ученето през целия живот следва да включва не само придобиване на квалификации, непосредствено свързани с професията, но и непрекъснато обновяване на всички способности, интереси и знания на работещите. То следва да се осъществява посредством различни учебни дейности, включително неформално и самостоятелно учене; придобиване на необходимите за професията умения на работното място; набелязване, обмен и разпространение на добри практики, свързани с качеството на здравното обслужване и безопасността на пациентите.

Основният инвеститор в професионалното развитие и адаптация на медицинските специалисти е работодателят, който следва да внедри принципа на непрекъснатото обучение и развитие за всички в организацията и да го превърне в норма на трудовия живот. Кодексът на труда вменява това задължение на работодателя, който е длъжен да осигурява условия за поддържане и повишаване професионалната квалификация на работниците и служителите за ефективно изпълнение на техните задължения по трудовото правоотношение в съответствие с изискванията на изпълняваната работа и бъдещото им професионално развитие.

- Инвестиции в създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България и за стимулиране на професионалната им реализация в определени райони на страната.

Изключително важно както за системата на здравеопазването, така и за обществото, е обучените в България медицински специалисти да бъдат мотивирани да останат и да се развиват в страната, което може да бъде постигнато по-скоро чрез създаване на благоприятни условия и стимули отколкото чрез рестриктивни мерки. Върху формирането на миграционно решение при медицинските специалисти влияят различни фактори. Най-важните от тях са по-доброто заплащане и по-добрите условия на труд, по-високият стандарт на живот, възможността за професионална реализация и развитие, умората от дълго протичащата здравна реформа, отношението на обществото и медиите към медицинските специалисти и др. Ето защо мерките за задържане на медицинските специалисти в страната следва да са насочени към създаване на благоприятни възможности за професионално развитие, включващи достойно заплащане на труда им, добри условия на работа, възможности за обучение; формиране на уважително отношение от страна на обществото и медиите; създаване на възможности за активно участие в процеса на взимане на решения, които ги касаят.

Необходимо е и създаване на стимули за работа в определени райони на страната с цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти, включително чрез използване на фондовете на ЕС и национално финансиране. Налице са все още недостатъчно използвани възможности за активна политика на местната власт на ниво общини за привличане и задържане на определен вид медицински специалисти, като например осигуряване на стипендия по време на обучението, осигуряване на ведомствено жилище, съдействие при започване на работа на съпруга/съпругата, осигуряване на

възможност за записване в детска градина или училище за семейства с деца, създаване на по-добри финансови условия чрез допълнително заплащане, особено в системата за първична медицинска помощ и др. Към момента вече са налице случаи на добри практики от страна на лечебни заведения или общини за привличане на медицински специалисти. Споделянето на добри практики с други заинтересовани страни би довело до увеличаване възможностите и стимулирането на местните органи да намират начини за привличане и задържане на медицински специалисти в непривлекателни райони и малки населени места. По-равномерно разпределение на медицинските специалисти на територията на страната в средносрочен и дългосрочен план може да се очаква при сближаване на социално-икономическите условия и качеството на живот между отделните региони и съответно по-балансирано демографско развитие на населението.

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

МЕРКИ:

- 5.1 Разработване и въвеждане на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването като част от националната здравно-информационна система;
- 5.2. Инвестиране в създаването на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“
- 5.3. Актуализиране от висшите училища на учебните програми на студентите, обучаващи се за придобиване на професионална квалификация по медицинска професия, насочено към разширяване на практическите умения с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии в здравеопазването
- 5.4. Подпомагане на следидипломното обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването за специалности, при които се отчетат негативни тенденции
- 5.5. Утвърждаване на места за специализанти, финансирани от държавата по специалности, при които се отчетат негативни тенденции;
- 5.6. Създаване на възможности за повишаване на квалификацията на персонала в областта на спешната, психиатричната и педиатричната помощ, дългосрочните здравни грижи, донорството и трансплантацията
- 5.7. Създаване на условия, включително чрез въвеждане на финансови стимули за работа на медицински специалисти в райони с установен недостиг на специалисти.
- 5.8. Създаване на възможности за пълноценно реализиране на потенциала на медицинските сестри и по-широкото им и самостоятелно включване в медицинското обслужване (възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.).

ПРИОРИТЕТ 6 ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ПОЛИТИКИ ЗА ЕФЕКТИВНО ФИНАНСИРАНЕ

Осигуряването на ефективни механизми за устойчиво финансиране на здравната система е ключов фактор за реализиране на основните приоритети и адаптиране на системата към променящите се здравни потребности.

През последните години се наблюдава устойчиво нарастване на разходите за здравеопазване. При преглед на консолидираната фискална програма за периода 1998 – 2019 година е налице устойчива тенденция на нарастване на разходите за здравеопазване, от 810 млн. лв. или 3,1 % от БВП през 1998 г. до 5 381,9 млн. лв. или 4,5 % от БВП по отчет за 2019 г. Нарастването на разходите се определя предимно от фактори като демографската структура на населението, свързано с прогресивно увеличаващия се дял на възрастното население, въвеждането на нови методи за лечение, динамично променящи се медицински технологии и апаратура, както и от повишаващите се очаквания и изисквания на хората за защита от рискове за здравето и достъп до висококачествено медицинско обслужване.

В сравнение с други страни от ЕС, България не се различава от общата тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи. В сравнение със страни със сходни икономически показатели нарастването е малко над средните стойности, което показва, че България дава по-голям приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на публичните разходи.

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

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

България, подобно на други страни, и в бъдеще ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличава средствата за здравеопазване. Макар че част от този натиск се дължи на вътрешно присъщи неефективни практики в сегашната система, много от факторите са външни за системата на здравеопазването, като застаряването на населението, нарастването на хроничните заболявания, състоянието на околната и трудовата среда, техническия прогрес, свързан с въвеждането на нови медицински и други технологии и др. Степента, до която България ще се справя с тези различни видове натиск, зависи както от възможностите на публичните финанси в страната, като система за осигуряване на публични блага и услуги, така и от конкретните решения на правителството в сферата на здравеопазването и определянето на приоритетите.

В условията на необходимост от насочване на повече средства и към други жизнено важни за качеството на живот на населението сектори, от спазването на установените фискални правила в системата на публичните разходи, с цел постигане на

стабилност и фискална устойчивост, наложително е в системата на здравеопазването да бъдат определени приоритети, които биха довели до ефективно разпределение на финансовите ресурси, както и до възможности за достъп до структурните фондове на ЕС.

6. 1 Осигуряването на ефективни механизми за устойчиво финансиране на здравната система

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

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

Необходимо е пренасочване на финансовите ресурси на НЗОК от болничната към извънболничната медицинска помощ, с акцент върху финансирането на дейности в първичната помощ.

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

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

Осигуряването на финансова ефективност и стабилност на здравната система не може да бъде постигнато без ефективни мерки за повишаване събираемостта на здравните вноски. Независимо от факта, че НАП отчита ежегодно преизпълнение на приходите от здравноосигурителни вноски спрямо приетите с годишния закон за бюджета на НЗОК, то все още броят на здравнонеосигурените лица е между 500 000 и 700 000. Това налага провеждането на мултисекторна държавна политика за повишаване на събираемостта на здравни осигуровки, включително и чрез повишаване на мотивацията на населението да изпълнява задължението си за внасянето им.

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

МЕРКИ:

6.1.1 Подобряване на приходната част на здравното осигуряване, чрез подобряване събираемостта на приходите от здравноосигурителни вноски и поетапно увеличаване на заплащането на размера на здравноосигурителните вноски за лицата, осигуряване от държавата.

6.1.2 Подобряване на структурата на разходите по видове медицинска помощ с постепенно балансирано увеличение на средствата и относителния дял на разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и намаление на относителния дял на разходите за болнична помощ и лекарствени продукти;

6.1.3. Обвързване на финансирането с оценка на качеството на медицинските дейности и удовлетвореността на пациентите.

6.1.4. Използване капацитета на Националната здравно-информационна система /електронно здравеопазване/ като инструмент за събиране на достоверна здравна и финансова статистика, анализ на данните и подобряване на контрола за оказваната медицинска помощ и ефективното използване на финансовите средства;

6.1.5. Развитие на механизмите за осъществяване на селективен подбор при избора на изпълнители на медицински услуги, финансирани от НЗОК, въз основа на Националната здравна карта.

6.1.6. Подобряване на структурата на разходите по видове медицинска помощ с постепенно и балансирано увеличение на средствата и относителния дял на разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и намаление на относителния дял на разходите за болнична помощ и лекарствени продукти;

6.1.7. Създаване на механизми за пренасочване на средства към нови форми на обслужване на пациентите – продължително лечение, дългосрочни грижи и палиативни грижи;

6.1.8. Използване на ефективни механизми за стимулиране на участието в здравноосигурителната система на всички български граждани, които имат задължението да се осигуряват.

6.1.9. Използване на средствата от европейските фондове и други международни фондове за финансиране на дейности, свързани с развитието на здравната система;

6.2 Развитие и усъвършенстване на здравноосигурителния модел

Моделът на здравно осигуряване, въведен у нас през периода 1999 – 2001 г. е публичен солидарен модел с универсално покритие на всички граждани. Основният принцип на този модел е солидарността, а именно че здравноосигурените лица заплащат здравноосигурителни вноски ЗОВ в съответствие с размера на доходите си, а при необходимост ползват права в обем, който не зависи от размера на внесените от лицето ЗОВ, а от здравното му състояние. За пенсионерите, децата до 18 г., безработните и хората, които имат право на социално подпомагане, ЗОВ се внасят от държавата. След 2001 г. бяха предприети частични реформи и спорни управленски решения, които кумулативно създадоха общ негативен образ на цялата система, както сред обществото, така и сред вземащите политически решения.

Тези негативни явления доведоха до идеята за демонополизация на касата с оглед въвеждане на конкурентни форми на финансиране на системата (заместващ модел на здравно осигуряване) с очакването това да подобри качеството на здравните услуги. Независимо, че такова намерение е залегнало в програмата на управляващото мнозинство от 2009 г. едва през последния мандат на правителството беше направен опит то да бъде реализирано на практика.

МЗ инициира обществен дебат относно реформата в здравното осигуряване и демонополизацията на НЗОК. На проведените през 2018 и 2019 г. кръгли маси бяха

обсъдени два варианта - тристълбова система от основен пакет в НЗОК, допълнително задължително застраховане и доброволно застраховане и конкуренция на застрахователи за основния пакет и допълнително доброволно застраховане. До момента не е постигнат обществен консенсус относно бъдещия здравноосигурителен модел, доколкото е необходима радикална промяна на сега действащия модел и има ли този модел потенциал за развитие в следващия програмен период.

МЕРКИ:

6.2.1. Намаляване дела на преките плащания и нерегламентираните разходи в системата.

6.2.2. Създаване на стимули за развитие на доброволното здравно осигуряване;

6.2.3. Инициране на обществен дебат относно промяна на здравноосигурителния модел, чрез въвеждане на форми на конкуренция между НЗОК и застрахователи.

VI. ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ПРЕДВИДЕНИТЕ ДЕЙНОСТИ - ИНДИКАТОРИ

Очаквани резултати

- Подобро здравно състояние на населението с акцент върху майчино и детско здраве, уязвими групи, възрастни и стари хора, лица с увреждания и достигане на средноевропейското ниво на здравните показатели.
- Висока удовлетвореност на населението от здравната система.
- Финансово стабилна здравна система.
- Увеличени публични разходи за сметка на намалени доплащания от пациентите.
- Повишени разходи за профилактика за сметка на разходите за лекарства.
- Високоэффективна и осигурена с ресурси промоция на здраве и профилактика на болестите.
- Повишена здравна култура за здравословен начин на живот и ограничаване на рисковото поведение.
- Ефективно действаща национална система за надзор на заразните болести, за ранно оповестяване и отговор на възникнали заплахи, опазване на страната от внос на инфекции с висок епидемичен риск.
- Равнопоставеност при ползването на здравни услуги и преодоляване на здравните неравенства.
- Ефективна координация между отделните сектори на здравната система – извънболнична (първична и специализирана), спешна, болнична, продължително лечение и рехабилитация.
- Електронен обмен на информация между всички участници в системата.
- Осигуреност и професионално развитие на човешките ресурси в системата съобразно реалните потребности на населението.
-
- Иновативна медицинска наука и практика.

- Ефективна регулация и повишен контрол за намаляване на разходите за лекарства и медицински изделия.
- Повишена управленска култура в системата.
- Ефективна система за подбор и развитие на ръководни специалисти
- Ефективно междусекторно сътрудничество за постигане на добро здраве за всички.

Индикатори залегнали в Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 по приоритет „Здраве и спорт“

Индикатори

Здраве и спорт

индикатор	индикатор	текуща стойност	целева стойност	средно ниво в ЕС
Продължителност на живота в добро здраве, години	Евростат	66.2 (ж)	67.5 (ж)	64.0 (ж)
		62.9 (м) (2017)	64.0 (м)	63.5 (м) (2017)
Неудовлетворени потребности от медицинска помощ, %	Евростат	1.9	Достигане средното ниво в ЕС	1.7 (2017)
Дял на населението, никога не участвало в спортни дейности, %	Евростат	45 (2017)	Достигане средното ниво в ЕС	35 (2017)

VII. МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО И ПАРТНЬОРСТВО С НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИЯ СЕКТОР

Прилагането на Националната здравна стратегия 2021-2030 ще се осъществява чрез комбинация от управленски подходи, които насърчават здравето и благосъстоянието

и осигуряват съвместните действия на здравната система и на останалите сектори, на публичните и частните субекти, както и на гражданите в полза на общия интерес.

Министерският съвет осъществява цялостната координация и управление на дейностите по изпълнение на Националната здравна стратегия като основен стратегически документ за реализация на националната здравна политика.

Министерството на здравеопазването носи отговорност за разработването на план за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия и реализацията на определените национални здравни цели и мерки за подобряване на здравето. То отговаря за оценяване на въздействието на политиките от други сектори върху здравето, за предоставянето на висококачествени медицински дейности и за осигуряване на основните функции на общественото здраве. То също така трябва да проследява как решенията за здравната политика се отразяват върху другите сектори и заинтересовани институции.

Министерството на здравеопазването и неговите структури се ангажират да инициират междусекторни подходи към здравето и да изпълняват функциите на посредници и застъпници на здравето. Това включва акцентирание както на икономическите, социални и политически ползи от доброто здраве, така и на негативните ефекти от лошото здраве и неравенство върху всеки сектор, цялата държава и цялото общество. Във все по-голяма степен ще се обръща внимание на стратегическите ползи от включването на здравето във всички политики. По този начин здравето ще се издигне на предни позиции в политическия дневен ред и ще се подобри диалогът между различните политически документи по отношение на здравето и неговите детерминанти.

За реализация на Националната здравна стратегия 2030, Министерството на здравеопазването се ангажира с подобряване взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации за реализация на техните отговорности по отношение на социалните и екологични детерминанти на здравето:

Министерството на труда и социалната политика - основните отговорности на министерството произтичат от огромната роля, която играят социалните фактори върху здравето на населението, в т.ч. трудовата заетост и мрежата за социално подпомагане и грижи, особено за най-уязвимите обществени групи – деца в институции, деца и хора с физически и психически увреждания, възрастни хора, социално слаби и др. Министерството е ангажирано с осигуряване на трудова заетост и безопасни и здравословни условия на труд, както и осигуряване на социални услуги за посочените целеви групи. Министерството на труда и социалната политика и Министерството на здравеопазването ще си партнират в процеса на интеграция на социалните и здравни услуги в т.ч. деинституционализация на домовете за деца и развитие на дългосрочните грижи, както и в процеса на усъвършенстване на медицинската експертиза и социалната оценка на хората с увреждане.

Министерството на околната среда и водите има отговорност за грижата за всички аспекти за състоянието на околната среда и осигуряване на надеждна защита от контаминирането ѝ с вредни за здравето на хората компоненти от химическо, физическо и биологично естество. Провежданата превантивната дейност по извършване на оценка на въздействието върху околната среда на инвестиционни предложения изисква

участието на МЗ във връзка с оценката на здравния риск и евентуалното отрицателно въздействие върху факторите на околната среда и влошаване качеството на живот.

Министерството на образованието и науката – основните задачи на министерството са свързани с насърчаване на детските градини и училищата да създават среда, подкрепяща здравето и да осигуряват на своите възпитаници, поднесени по подходящ начин знания и умения, необходими за целите на добре информираната и независима преценка за ползите от доброто здраве. Въвеждането на съвременни здравно-образователни програми в детските градини и училищата следва да постави основата на ново индивидуално поведение по отношение на здравето и стила на живот. Във връзка с това Министерството на образованието и науката следва да разшири тематиката на сега действащите здравно-образователни програми в областта на: лична хигиена, храна и здравословно хранене, вредни за здравето индивидуални навици, рискови за здравето фактори на околната среда, предпазване от битов и транспортен травматизъм, вредата от злоупотреба с лекарства, сексуално образование, образование за семеен живот и др.

Дългосрочният ефект на училищното здравно образование е трудно да бъде оценен. Но той би имал огромен успех дори ако доведе до отстраняване само на част от вредните за здравето поведенчески навици.

Министерството на младежта и спорта, съвместно с Министерството на образованието и науката и Министерството на здравеопазването ще съгласуват своята работа по отношение спортните инициативи в училищата и насърчаване на спортните клубове да развиват ориентирания към здравето спорт. Развитието на училищния спорт ще допринесе, както за укрепване здравето в училищна възраст, така и в живота през следващите степени на възрастовата скала.

Министерството на земеделието, храните и горите - основните задачи, които това министерство ще изпълнява се свеждат до гарантиране на безопасността на храните за масова консумация и добива, преработката и продажбата на мляко и млечни продукти, на месо и месни продукти, на зеленчуци и плодове в съответствие със стандартите на Европейския съюз. Отговорност на министерството е организирането на системен контрол върху влагането в храните и питейните продукти на нерегламентирани консерванти, оцветители, овкусители и др. Освен това министерството е ангажирано с провеждане на действия срещу заболяванията у животните известни, като obligatни или факултативни зооантропонози: туберкулоза, бруцелоза, трихинелоза, тениози и др.;

Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията - поради високия транспортен травматизъм, оставящ след себе си не малко случаи на тежки наранявания, инвалидизации и смърт, Министерството на транспорта следва да концентрира усилията си в рамките на своята компетентност за осигуряване на пътно-транспортна безопасност и реализиране на доказали своята ефективност и безопасност проекти за пътно строителство. Другият аспект, по който следва да си сътрудничат двете министерства е свързан с въздействието на нейонизиращите лъчения върху човешкото здраве и развиващата се система на телекомуникациите и интернет технологиите.

Министерството на вътрешните работи – отговорностите на министерството са свързани с превенция на престъпността, в т.ч. домашното и сексуално насилие, трафика на хора, както и осигуряване на пътно-транспортната безопасност. Особено

важни са отговорностите на министерството, свързани с противопожарната безопасност и защитата на населението при бедствия.

В изпълнение на политиката в областта на предотвратяване, овладяване и преодоляване на последиците от бедствия и аварии и на Националната програма за защита при бедствия, приета от Министерския съвет, Министерството на здравеопазването извършва прогнозиране и оценка на общата, медицинската и епидемичната обстановка, възникващи в резултат на различни по вид, характер и комбинираност бедствия, с цел подготовка на здравните и лечебни заведения и медицинските екипи за действие при бедствия. Създава организация за медицинското осигуряване на населението, и за провеждане на противоепидемични, хигиенни дейности и здравен контрол на територията на съответната област/община чрез планиране на дейностите от подведомствените структури. Прогнозира медицинските загуби сред населението и структурите от националната здравна мрежа при възникване на бедствия.

Министерството на финансите следва да наблюдава и координира ефективното разходване на публичните ресурси, с цел създаване на устойчивост на процесите за подобряване на здравето и здравната система и постигане на синергичен ефект.

Министерството на регионалното развитие и благоустройството – отговорностите на министерство са свързани с предоставянето, чрез водоснабдителните дружества, на безопасна и чиста питейна вода на населението, недопускане проектирането и реализирането на опасни от здравна гледна точка инвестиционни предложения, правилно планиране и организиране устройството на селищната среда и нейното функционално застрояване.

От своя страна Министерството на здравеопазването ще подпомага другите сектори при разработването и изпълнението на стратегии и програми от национално и международно значение, имащи пряко или косвено отношение към здравето. В тази връзка ще се насърчава управленските институции на всички нива да обмислят създаването на специални структури и процеси в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите на здравето.

Министерството на здравеопазването и неговите структури също така поемат ангажимент да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти. Привличането на по-широк кръг от заинтересовани страни при изпълнението на дейностите по национални стратегии и програми е осигурявало както междуинституционална координация при изпълнение на дейностите, така и обсъждането на проблемите с неправителствени организации, които като цяло са спомогнали за постигането на поставените цели. Тази практика следва да бъде прилагана и занапред при провеждането на политиките по настоящата Национална здравна стратегия 2030.

От изключително важно значение за реализация на поставените цели е осигуряване на подкрепа и добра колаборация с представителите на религиозните общности в България.

Друг основен партньор за изпълнение на мерките от Националната здравна стратегия са съсловните организации и други сдружения на медицинските специалисти,

асоциациите и сдруженията на лечебни заведения, синдикалните организации, както и представителите на бизнеса.

През последните години се наблюдава трайна тенденция неправителствените организации да проявяват активност не само при обсъждането на конкретни предложения, но и при формулирането на здравни приоритети и политики за обществено здраве.

Наред с това НПО работят по конкретни здравни проекти и защитават определени права на местно и национално ниво. По-активното участие на НПО при реализация на здравните политики ще допринесе за преориентиране на здравната система в посока поставяне на пациента в центъра на системата и нарастване на доверието в нея.

Овластяването на гражданите е от голямо значение за подобряване на здравното състояние, функционирането на здравните системи и удовлетворението на пациентите. Гласът на гражданското общество, включително на частни лица, пациентски организации, младежки организации и представители на третата възраст, е особено полезен за привличане на вниманието към увреждащите здравето ситуации, навици или продукти, както и за установяване на проблемите с качествено изпълнение на медицинска помощ. Този глас е изключително полезен при генерирането на нови идеи и като гаранция за открито, отговорно и ефективно управление.

Едно от основните предизвикателства по отношение на участието на гражданското общество в процесите на вземане на решения в областта на общественото здраве е необходимостта да се създаде култура и механизми за сътрудничество между правещите политиката в областта на общественото здраве и тези, за които тя се прави.

Участието на организациите на гражданското общество в реализацията на целите на Националната здравна стратегия е изключително важно, за да се ангажират обществените нагласи и мотивации за постигане на колективни ползи. Ангажирането на общественото внимание и усилия са от ключово значение за постигане на здравните цели.

В изпълнение на политиката по осигуряване на безопасна жизнена среда чрез ефективен държавен здравен контрол, Министерството на здравеопазването изпълнява дейности и в специфични области съвместно с други администрации, като национални програми приети от Министерския съвет или създадени в изпълнение на европейски изисквания:

Национален план за действие за управление на устойчивите органични замърсители;

Национален план за действие за устойчива употреба на пестициди в Република България;

Национална стратегия за намаляване на риска от облъчване от радон 2019-2027;

Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2019-2022;

Национална програма за надзор на пазара на Република България;

Единен многогодишен национален контролен план за храни, фуражи, здравеопазване на животните, хуманно отношение към тях и защита на растенията на Република България;

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

Национална стратегия за управление и развитие на водния сектор в България от 2013 и План за действие в с краткосрочна (2013-2015г.), средносрочна (2016-2021г.) и дългосрочна (2022-2037г.) перспектива, приета с Решение на 41-то Народно събрание от 2012 г.;

Национална стратегия за управление и развитие на водния сектор до 2037 г.;

Стратегия за развитие и управление на водоснабдяването и канализацията в Република България за периода 2014-2023г. Приета с Решение на МС № 269 от 2014г. като оценката на необходимите разходи, и стратегическият финансов план са разработени за срок от 25 г. (до 2038г.);

Националната стратегия и План за действие за адаптиране към изменението на климата на Република България 2020-2030;

Национална програма за контрол на замърсяването на въздуха (2020 – 2030 г.);

Национална програма за подобряване качеството на атмосферния въздух (2018 – 2024 г.);

Национална програма за безопасност и здраве при работа 2018-2020 г.;

Национален план за управление на отпадъците 2014-2020 г.;

Актуализирана национална стратегия за устойчиво развитие на туризма в Република България 2014-2030 г.

VII. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

Съществена част от изпълнението на стратегията е текущото измерване и оценка на постигнатия напредък, възвращаемостта от направените инвестиции, обоснования избор на по-нататъшни действия за подобрене и промяна.

По всяка една от стратегическите цели е необходимо да се приложи система за мониторинг на прогреса и оценка на резултатите, насочени към:

- Цялостното състояние на здравето на нацията в резултат на реализираните политики, дейности и мерки;
- Осигуреността с ресурси – човешки, финансови и материално-технически;
- Качеството и ефективността на дейностите по всяка стратегическа цел и политика;
- Удовлетвореността на населението от здравната система.

Индикаторите за измерване и оценка на постигнатия напредък съответстват на набелязаните цели. Определени са на базата на конкретни данни и позволяват международни сравнения.

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030

Координацията по анализа, мониторинга и оценката на изпълнението на Националната здравна стратегия 2021-2030 се осъществява от министъра на здравеопазването. Ежегодното изпълнение на стратегията се отчита пред Народното събрание.