

Проект

**СТРАТЕГИЧЕСКА РАМКА  
НА ПОЛИТИКАТА  
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО  
ЗА ПОДОБРЯВАНЕ ЗДРАВЕТО  
НА НАЦИЯТА  
ПРЕЗ ПЕРИОДА 2014 – 2020 г.**

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

### **I. КОНТЕКСТ**

**I.1. ПОЛИТИЧЕСКА ПЛАТФОРМА**

**I.2. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **II. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО. ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЛИ**

**II.1. Брой и структура на населението**

**II.2. Естествен и механичен прираст на населението**

**II.3. Раждаемост**

**II.4. Смъртност**

**II.5. Детска смъртност**

**II.6. Средна продължителност на живота**

**II. 7. Заболеваемост и болестност**

### **III. ПЕТ ГЛАВНИ ЦЕЛИ НА СТРАТЕГИЧЕСКАТА РАМКА ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА ПРЕЗ ПЕРИОДА 2012-2020 Г.**

**III.1. Въведение**

**III.2.Необходимост от широко междусекторно сътрудничество и партньорство**

**III.2.1. Междусекторно сътрудничество**

**III.2.2. Партньорско сътрудничество**

#### IV. ПОЛИТИКИ, ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ЗДРАВНИТЕ ИНТЕРЕСИ НА НАЦИЯТА В ОРГАНИЗАЦИЯТА, СТРУКТУРАТА И ФИНАНСИРАНЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

IV.1. Политики за управление на качеството в системата на здравеопазване и укрепване на капацитета

IV.1.1. Развитие на електронно здравеопазване

IV.1.2. Управление на човешките ресурси

IV.1.3. Стратегии за реформи във финансирането на здравеопазването

IV.2. Секторни политики в здравеопазването

IV.2.1. Необходимост от прегрупиране на ресурсите

IV.2.2. Първична медицинска помощ

IV.2.3. Болнична помощ

IV.2.4. Спешна помощ

IV.2.5. Домове за медико-социални грижи за деца

IV.2.6. Регионална здравна политика

#### V. ДЕЙНОСТИ, ОСИГУРЯВАЩИ РЕАЛИЗИРАНЕ НА СТРАТЕГИЧЕСКАТА РАМКА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА ПРЕЗ ПЕРИОДА 2014 – 2020 г.

#### VI. МОНИТОРИНГ НА ЕФИКАСНОСТТА ОТ ДЕЙНОСТИТЕ (ИНТЕРВЕНЦИИТЕ) ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА СТРАТЕГИЧЕСКАТА РАМКА ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА ПРЕЗ ПЕРИОДА 2014-2020 Г.

# **I. КОНТЕКСТ**

## I. 1. ПОЛИТИЧЕСКА ПЛАТФОРМА

**„Стратегическата рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.”** произтича от обнародваните през последното десетилетие няколко взаимно допълващи се здравни стратегии и концепции за развитие на здравната система в Република България.

**„Стратегическата рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.”** е израз на очертаващото се единодушие както между експертите в областта на здравеопазването, така и между институционализираните и неформалните структури на гражданското общество относно необходимостта от рязък прелом в здравната политика с акцент върху промоцията на здраве и профилактиката на болестите.

В резултат на такова единодушие през миналия век бяха постигнати забележителни успехи в борбата с масово разпространени остри заразни болести като маларията, туберкулозата, детския паралич, дифтерията, скарлатината, коклюша, чревните инфекции и др. Например, ако в началото на ХХ век заразните болести са заемали едно от първите места сред причините за смъртността на населението у нас, през 2011 г. техният относителен дял в структурата на смъртността е едва 0.5% (7,1 на 100 хил. от населението). Тези и редица други полезни инициативи в областта на общественото здравеопазване и в социално-икономическата и културната сфери доведоха до увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на населението в България от 51.7 години през периода 1935 – 1939 година на 73.8 години през периода 2009 – 2011 година.

В настоящия момент смъртността от инфекциозните и другите остро протичащи болести рязко намаля, но нараства значително относителният дял на смъртността от основните хронични незаразни болести – сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, диабет и хронични белодробни болести. Днес приблизително 67% от умираанията са за сметка на болестите на органите на кръвообращението. Ракът е отговорен за други 15,7%. Злополуките, в т.ч. транспортните, вземат не малък брой жертви в смърт и неработоспособност, особено сред младите хора.

Очевидно е, че правителствените здравни политики през следващите години трябва да бъдат насочени срещу рисковите фактори за общественото, семейното и индивидуалното здраве. Във връзка с това логично е да се подчертае, че тези политики ще бъдат насочени към активна превенция на хроничните заболявания, а не към действия, които са насочени само към ефективното им лечение, след като те вече са настъпили.

Днес ние все по-ясно разбираме, че отговорът на съвременните предизвикателства пред здравето на нацията – хроничните незаразни болести, трябва да бъде свързан повече с профилактика и промоция, отколкото с лечение.

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

***1. Хората сами увреждат здравето си чрез безотговорното си отношение към жизнената среда и нейното непрекъснато замърсяване;***

***2. Обществото допуска съществуването на вредни социални***

*условия, които рушат здравето на значими обществени групи;*

**3. Самият индивид „се убива“ с нездравословния си начин на живот.**

В „Стратегическата рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.“ многократно се подчертава, че отделният човек може да направи за здравето и благополучието си повече, отколкото който и да е лекар, болница, лекарство или скъпоструваща медицинска апаратура. И действително данните от многогодишните наблюдения и научни анализи показват, че ключът към въпроса дали един човек ще бъде здрав или болен, дали ще живее дълго или ще го постигне преждевременна смърт, се крие в редица прости индивидуални поведенчески фактори, а именно:

- тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и употреба на наркотици;
- навици за хранене, физическа активност и сън;
- спазване на правилата за пътнотранспортна безопасност;
- спазване на правилата за здравословни и безопасни условия на труд;
- други елементарни предпазни мерки.

Трябва да се признае, че сме все още далеч от онази национална култура на привързаност към добрите здравни навици, която драстично би изменила статистиката на заболяемостта в България. Обществените разходи за здравеопазване, поглъщащи ежегодно 11 стотинки от всеки лев на консолидирания държавен бюджет, представляват само част от последствията.

Това е само едно от затрудненията, които ни предстои да прео-

долеем за подобряване на здравето на нацията през периода 2014-2020 г.

Както никоя държавна институция не може да вземе решение, задължаващо индивида да се откаже от тютюнопушене или да се храни здравословно, така и никой лекар или медицински екип не е в състояние само със свои сили да осъществи необходимите дейности за опазване на хората от вредно действащите върху здравето им фактори на обкръжаващата среда. И положително никой лекар или лечебно заведение не може да лекува от бедност или невежество, които благоприятстват оставянето без съвременни медицински грижи на значими обществени групи.

Нека акцентираме ясно върху един основен факт: ако искаме да осъществим успешно политики за укрепване на здравето и предотвратяване на болестите, ще са нужни много по-мощни действия от тези, които са по силите само на националната здравна система.

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

*Полемика ще има и трябва да има относно регламентирането на необходимата степен за безопасност на физическите, химическите, биологичните и информационните фактори на външната и работната среда. Налице са достатъчно данни, че както някои професионални фактори и условия на труд, така и редица информационни въздействия, насаждащи вредни за обществото модели на поведение, могат да имат разрушителни за*



*общественото здраве последствия.*

*Разбира се, ще се спори и трябва да се спори относно обхвата и съдържанието на социалните програми за намаляване на безработицата и облекчаване на бедността. Но не можем да забиколим факта, че за реализирането на този стратегически документ, трябва ефективно да се справим с дълбоките социални проблеми, които ерозират общественото здраве.*

*Националната система за здравеопазване има и ще продължава да има водеща роля в укрепването, опазването и възстановяването на индивидуалното, семейното и общественото здраве. Дискусии за структурата, организацията, управлението и източниците на финансиране на тази система ще има и трябва да има. Следва да се отбележи, че изграждането и ефективното функциониране на такава система зависи от съответната юридическа рамка на основата на икономическа логика и политически консенсус. Защото никой лекар, лечебно или здравно заведение не могат да осъществят качествена медицинска помощ, както и промотивна и профилактична дейност при липса на дългосрочна политика.*

Представените политики са оправдано оптимистични по отношение на възможността да се поставят ясни и измерими задачи в областта на общественото здравеопазване. В този документ са посочени пет цели на обществено здравеопазване, които са измерими и достижими (по една основна цел за всяка главна възрастова група от нашето общество между днешния ден и 2020 година), а именно 20% снижение на пет показателя до 2020 година или „ЗДРАВЕ 5/20“:

**1.** Намаление на детската смъртност до 1-годишна възраст (като

цел е снижение от 20% – от 8.5‰ през 2011 г. на 6.8‰ през 2020 г.).

2. Намаление на смъртността сред деца от 1 до 9-годишна възраст (като целта е снижение от 20% – от 0.30‰ през 2011 г. на 0.24‰ през 2020 г.).

3. Намаление на смъртността сред деца и юноши от 10 до 19-годишна възраст (като целта е снижение от 20% – от 0.40‰ през 2011 г. на 0.32‰ през 2020 г.).

4. Намаление на смъртността сред лицата в икономически активната възрастова група от 20 до 65 години (като целта е снижение от 20% – от 5.24‰ през 2011 г. на 4,19‰ през 2020 г.).

5. Съществено подобряване на здравословното състояние и осигуряване на активно стареене на хората на 65 и повече години (като целта е изразена чрез 20% непреднамерено намаление на хоспитализациите в тази възрастова група – от 452.8‰ през 2011 г. на 362.2‰ през 2020 г.).

**„Стратегическата рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.”** е оптимистична относно възможността за постигане на посочените пет цели, но е относително предпазлива по отношение на големите и трудни въпроси на индивидуалната воля и политическия консенсус.

## **I.2. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

**„Стратегическата рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.”** е изготвена на основата на задълбочен системен анализ и оценка на индикаторите, характеризиращи състоянието на общественото здраве в ретроспективен, ситуационен и проспективен контекст. Консенсусно е разбирането, че:

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

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

**3.** Демографските и здравни процеси са силно инерционни, което предполага натрупване напред във времето на отрицателни тенденции. Колкото по-продължителен е периодът на отрицателните явления, толкова по-бавно и трудно става излизането от него. Това обуславя необходимостта от значителни финансови средства и координиране на усилията на държавни и обществени органи и организации в различни области.

**4.** Постигането на положителни резултати в демографското и

здравно състояние на населението е свързано със:

- развитие на икономиката, модернизация на производството, провеждане на структурни реформи във всички обществени сектори, изграждане на национална инфраструктура с европейско значение, които ще доведат до увеличаване на обществената производителност на труда, подобряване на доходите и социалния статус на населението;
- създаване на условия за здравословен начин на живот, за увеличаване на средната продължителност на живота и за подобряване на репродуктивното здраве на българското население;
- целенасочена национална и регионална политика в областта на здравето – инфраструктурна, ресурсно осигурена и предполагаща постигането на високо качество на живот на населението в съответните региони;
- прилагане на програми за укрепване и опазване на здравето: програми за промоция, превенция и лечение на хронични незаразни болести, майчино и детско здраве, психично здраве, орално здраве, редки болести и др.;
- усъвършенстване на системата за публично финансиране на здравните услуги;
- въвеждане на съвременни ефективни методи за планиране, организация и управление на лечебните и здравни заведения;
- създаване на необходимите предпоставки за подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси;
- подобряване на качеството на медицинското образование;
- развитие на професионалните знания и умения на работещите в системата на здравеопазването.

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

**„Стратегическата рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.”** и очакваните резултати налагат:

1. Обективна оценка на динамиката на здравно-демографските процеси в страната, както и системно наблюдение, анализ и оценка на промените в здравното състояние на населението.

2. Ясно и точно формулиране на поставените цели за подобряване здравето на населението по основни възрастови групи:

- а) до 1-годишна възраст;
- б) от 1 до 9-годишна възраст;
- в) от 10 до 19-годишна възраст;
- г) от 20 до 65-годишна възраст;
- д) над 65-годишна възраст.

3. Организация, адекватно ресурсно и технологично осигуряване на държавните и обществените инициативи за опазване на здравето.

4. Ползотворно междусекторно и научно здравно партньорство.

**II. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО  
СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО.  
ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЛИ.**

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължителното действие на множество фактори и влияния. Някои от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, а други – със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на нашата страна<sup>1</sup>.

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора.

### **II.1. Брой и структура на населението**

Населението в България към 31.12.2011 г. е 7 327 224 души, което представлява 1.5% от населението на Европейския съюз и нарежда страната ни на 16-то място по брой на населението. В сравнение с предходната година то е намаляло със 177 644 души (2.37%). Две трети от намалението на населението (68.9%) се дължи на отрицателния естествен прираст (повече починали лица от родените) и почти една трета (31.1%) – на емиграция<sup>1</sup>.

Броят на жените е 3 760 457, което представлява 51.3% от цялото население, а мъжете са 3 566 767 (48.7%). Делът на жените е намалял спрямо предходната година (51.63%), като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.7%).

Запазва се тенденцията за увеличаване на относителния дял на градското население и намаляване на населението в селата. В градовете живее близо 3/4 от населението на страната – 5 324 900 души (72.7%), а в селата – 2 002 324 (27.3%). Спрямо предходната година е

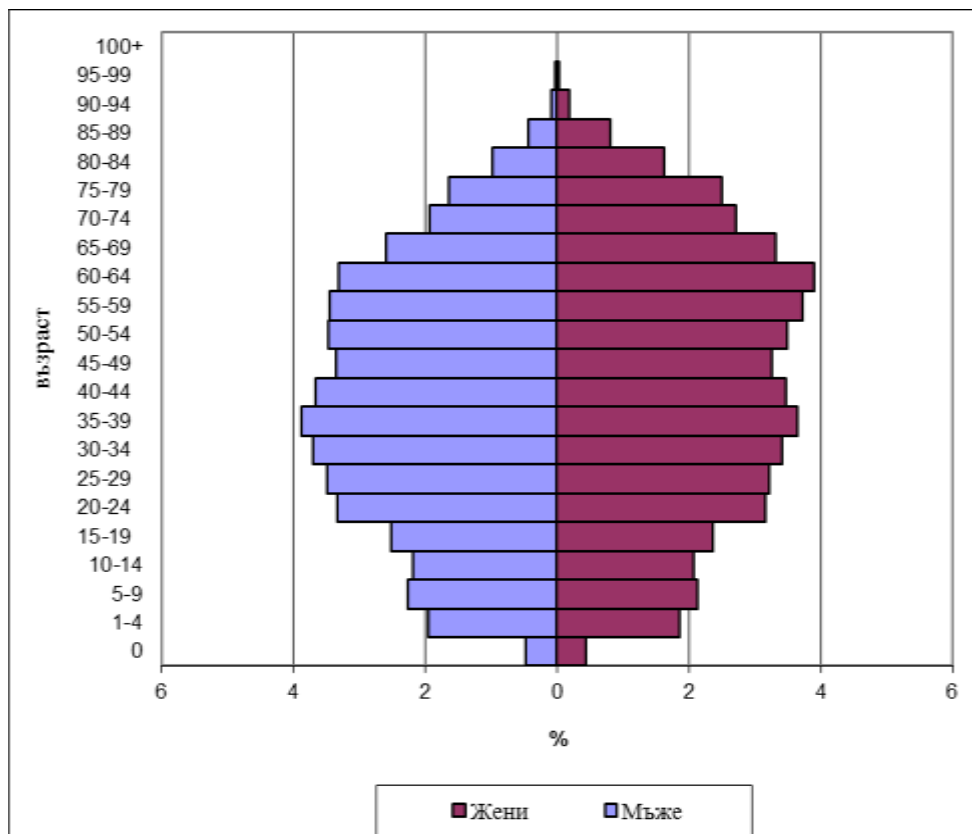
---

<sup>1</sup> Актуализирана “Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България” (2012-2030 г.)

увеличен дялът на живеещите в градовете с 1.1%. Наблюдава се трайна тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните райони (северозападна и югоизточна граница).

След 2000 г. се наблюдава тенденция за намаляване на дела на децата до 15-годишна възраст, който за 2011 г. е 13.4% от общия брой на населението (979 956 деца) и е по-нисък от същия за ЕС (15.57%). В същото време нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2011 г. достига 18.9% при 17.7% за предходната година.

**Фигура 1. Възрастова пирамида на населението в България**



**Източник:** НСИ



## **II.2. Естествен и механичен прираст на населението**

Естественият прираст на населението през 2011 г. е -5.1‰ при -4.6‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност е увеличена с 0.5‰. В резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло през 2011 г. с 37 412 души, което е с 2 760 повече от 2010 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 6 пъти по-голям по абсолютна стойност (-12.7‰) от този в градовете (-2.2‰). През 2011 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 4 795 души, като намалението в резултат на външна миграция, изразено чрез коефициента на нетна миграция (отношение на нетната миграция към средногодишния брой население) е -0.7‰. През 2010 г. механичният прираст е -24 190 души, най-високата стойност след 2007 г.

## **II.3. Раждаемост**

Броят на родените през 2011 г. е 71 402, от които живородените са 70 846 (99.2%) и мъртвородените са 556 (0.8%). Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 4 667 деца.

Наблюдава се дълготрайна тенденция за намаляване на *раждаемостта*. В България тя започва от 1925 г., независимо от настъпилите компенсационни ефекти след 1950 г. и колебанията между 1968 и 1974 г. Снижаването на раждаемостта е обективно обусловен процес от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори. Социално-икономическите промени след 1989 г. ускоряват този процес и през 1997 г. нивото на раждаемостта спада до 7.7‰. Следва процес на стабилизиране, като през последните години раждаемостта

бележи относително нарастване. През 2011 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.6‰ (10.0‰ за 2010 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10.7‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Раждаемостта в градовете намалява и през 2011 г. е 10.0‰, а в селата се запазва почти на едно ниво – 8.7‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.5‰), София град (10.6‰), Търговище и Варна (10.4‰), а най-ниска в – областите Смолян (6.5‰), Видин (7.5‰) и Перник (7.6‰).

Свързани с раждаемостта са и проблемите за *безплодието* и *абортите*.

Въпреки изразената тенденция за намаляване на броя на *абортите* (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378), те съставляват половината от ражданията през годината. При 71 402 раждания за 2011 г. броят на абортите е 31 716. На 1000 жени на възраст 15-49 години се падат 43 раждания и 19.1 аборти. Най-голям е броят и дялът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 7782 (24.54%) и 30-34 години – 7410 (23.36%). На лица до 15-годишна възраст са извършени 182 аборта (0.57%), а до 19-годишна възраст – 3269 (10.31%), т.е. всеки десети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст. От всички извършени аборти 2502 са по медицински показания (7.89%), 9689 са спонтанни (30.55%) и останалите – по желание – 19525 (61.56%).

#### **II.4. Смъртност**

След 1964 г., когато е регистрирана най-ниската стойност на *общата смъртност* в страната (7.9‰), показателят трайно нараства.

Броят на умрелите лица през 2011 г. е 108 258, а коефициентът на смъртност – 14.7‰ (14.6‰ за 2010 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (9.64‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (15.8‰), отколкото при жените (13.7‰) и в селата (21.4‰), отколкото в градовете (12.2‰).

Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите: Видин (22.7‰), Монтана (20.9‰), Перник (18.9‰), а най-ниска – в София град (11.7‰), Благоевград и Варна (11.9‰).

Високото ниво на общата смъртност се поддържа основно от умирацията на лицата над 65-годишна възраст, макар че се наблюдава нарастване на общата смъртност и сред лицата във възрастовата група 60-64 години. Основен фактор за това е демографското застаряване. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.

Показателят на *преждевременната смъртност* (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умирацията) запазва нивото си за последните 5 години и продължава да е висок. През 2011 г. е 23.3% при 23.4% през 2010 г. и остава малко по-висок от средната стойност за ЕС (22%), т.е. почти всяко четвърто умирање в страната е на лице, ненавършило 65 години.

Следва специално да се подчертае, че България остава страна с един от най-високите *стандартизирани коефициенти за смъртност* (970,26‰) сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление. В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (608.25‰).

В структурата на *смъртността по причини*, продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (67.0%) и новообразуванията (15.7%).

## **II.5. Детска смъртност**

Продължава да е висока *детската смъртност*, независимо от изразената положителна тенденция към снижаване. През 2011 г. в страната са умрели 601 деца на възраст до 1 г. (708 за 2010 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 9.4‰ през 2010 г. на 8.5‰ през 2011 г. Достигнатото равнище на детската смъртност през последните 4 години е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България. Въпреки това, детската смъртност остава 2 пъти по-висока, отколкото в ЕС (4.18‰).

Областите с най-висока детска смъртност са Сливен (17‰) и Пазарджик (14.6‰), а с най-ниска – София град (4.2‰), Кюстендил (4.6‰) и Враца (6.9‰).

*Перинаталната детска смъртност* се задържа висока и през 2011 г. (11.7 на 1000 родени деца), като остава 2 пъти по-висока от средния показател за ЕС (5.56‰).

Показателят за *мъртвораждаемостта* – 7.8‰ е около 2 пъти по-висок от средната стойност за ЕС (4.05‰). Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст.

Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзrastови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, сравнени със средните стойности за ЕС.

*Неонаталната детска смъртност* след 2000 г. показва тенденция за намаляване до 2007 г., когато достига най-ниското ниво – 4.91 на 1000 живородени, след което отново започва да се повишава и през 2011 г. достига 5.3‰. Средната стойност в ЕС на този показател

(2.83‰) непрекъснато намалява и е близо 2 пъти по-ниска от тази в България.

**Постнеонаталната детска смъртност** непрекъснато намалява и през 2011 г. е 3.2 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.41‰ и е 2.3 пъти по-ниска от тази за България.

През 2011 г. броят на недоносените новородени е 5 941, което представлява 8.4% от живородените, колкото е и през 2010 г. Недоносените мъртвородени са 372, което представлява 65.4% от мъртвородените.

**Майчината смъртност** на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 4.94 през 2009 г., когато е и най-ниската регистрирана стойност на показателя, а през 2011 г. е 7.95‰ (за ЕС - 6.1‰).

## **II.6. Средна продължителност на живота**

През периода 2009-2011 г. средната продължителност на живота у нас нараства от 73.60 години на 73.83 години, като показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените – съответно 70.37 и 77.37 години. През последните петнадесет години се наблюдава тенденция за увеличение на този показател и при двата пола. Въпреки това очакваната продължителност на живота в България е с 6 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.86 години).

## **II.7. Заболеваемост и болестност**

Редица *заразни болести* са ликвидирани или сведени до единични случаи. През 2011 г. в България са регистрирани общо 58 259 случая на остри заразни болести (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 10 580 по-малко в сравнение с 2010

г. (68 839 случая) – съответно заболеваемост 791.07‰ и 910.12‰. Основна причина за значителната разлика е приключването на морбилната епидемия след 2010 г., когато бяха регистрирани 22 004 случая от морбили.

По данни на Министерството на здравеопазването, за периода 1986-2011 г. в България са регистрирани общо 1 473 лица с ***ХИВ инфекция***. Броят на новорегистрираните през 2011 г. е 201 лица, от които 163 (81%) са мъже и 38 (19%) жени. Общият брой на случаите, които са заболели от СПИН е 336, от които 40 с поставена диагноза през 2011 г. Данните показват, че при 33% от случаите със СПИН през 2011 г., диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Общо регистрираните заболявания от ***активна туберкулоза*** на 100 000 население (болестност) намаляват от 90.5‰ през 2010 г. на 74.3‰ през 2011 г., а новооткритите (заболеваемост) – от 30.3‰ през 2010 г. на 27.9‰ през 2011 г. Заболеваемостта остава 2.3 пъти по-висока от средната в ЕС (12.31‰).

По данни на НЦОЗА, през 2011 г. нараства болестността и заболеваемостта от ***злокачествени новообразувания*** спрямо предходната година. Показателите са съответно – 3602.7‰ и 448.7‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1246.4‰) и рак на женските полови органи (1063.3‰), а на заболеваемостта – от рак на храносмилателните органи (104.0‰), рак на млечната жлеза при жените (98.2‰) и рак на женските полови органи (82.1‰). Заболеваемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 488.78‰.

Статистическите данни за ***хоспитализираната заболеваемост*** за периода 2005-2011 г. показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313

(20 857.0‰) до 1 961 177 (26 688‰) общо, както и по възрастови групи. Най-голям е броят на хоспитализираните в стационарите на лечебните заведения на 100 000 население сред лицата над 65-годишна възраст (45279.6), следва групата на децата от 0 до 17 години (25079.2) и най-ниска е във възрастовата група 18-64 г. (21768.9) – 2 пъти по-ниска от тази над 65 години.

Сред *причините за хоспитализация по класове болести* водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.9%), болестите на дихателната система (11.3%) и болестите на храносмилателната система (9%), които обуславят общо 35.2% от хоспитализациите.

**Броят на психично болните** под наблюдение на психиатричните заведения намалява от 2075.2‰ през 2010 г. на 2060.8‰ през 2011 г. и това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, афективно разстройство и др. (по данни на НЦОЗА).

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция на намаляване на броя на населението и на неговото застаряване в резултат на ниската раждаемост и нарастването на смъртността.

България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност по всички причини. Стандартизираният коефициент за смъртност на 100 000 души население в България, надвишава средния за ЕС по 17 причини. България заема 5 първи места – стандартизираният коефициент за смъртност от новообразувания; болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест; някои състояния, възникващи в перинаталния период. Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението остава двойно по-висок в сравнение с ЕС.

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



**III. ПЕТ ГЛАВНИ ЦЕЛИ НА  
СТРАТЕГИЧЕСКАТА РАМКА ЗА  
РАЗВИТИЕ НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И  
ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО НА  
НАЦИЯТА ПРЕЗ ПЕРИОДА  
2014-2020 Г.**

### **III. 1. Въведение**

Поставените в „Стратегическата рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.” национални цели за профилактика на заболяванията и подобряване на здравното състояние на населението на Република България през периода 2014-2020 г. са свързани с основните здравни проблеми и с онези рискове за здравето, които подлежат на профилактика и са насочени към намаляване на заболяемостта и смъртността и подобряване на здравето през всички етапи на човешкия живот:

**1. деца до 1-годишна възраст** – намаляване на детската смъртност (в сравнение с 2011 г.), с **20%**, т.е. снижение от 8.5 на 6.8 на 1000 живородени деца;

**2. деца от 1 до 9-годишна възраст** – намаление на смъртността (в сравнение с 2011 г.) с **20%**, т.е. снижение от 0.3 на 0.24 на 1000 деца от същата възрастова група;

**3. от 10 до 19-годишна възраст** – намаление на смъртността (в сравнение с 2011 г.) с **20%**, т.е. снижение от 0.4 на 0.32 на 1000 лица от същата възрастова група;

**4. в икономически активната възрастова група (от 20 до 65-годишна възраст)** – намаление на смъртността (в сравнение с 2011 г.) с **20%**, т.е. снижение от 5.24 на 4.19 на 1000 лица от същата възрастова група;

**5. във възрастовата група над 65 години** – съществено подобряване (в сравнение с 2011 г.) на здравословното състояние, подвижността и независимостта на хората, индикатор за което ще бъде непреднамереното намаление на хоспитализациите с **20%**, т.е. снижението им от 452,8 на 362.2 на 1000 човека от тази възрастова група.

Предвидените действия за реализиране на тези цели са неразделна част от „**Стратегическата рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.**”. Те са базирани на съвременните данни за заболяемостта и смъртността в нашата страна при всички възрастови групи и съобразени с постигнатите резултати в другите страни от Европейския съюз. Разнообразието на участниците в реализацията на тези действия – правителствените органи, местните власти, училищата, здравните и лечебните заведения, неправителствените организации, бизнесът и други е не само желателно, но и необходимо. Това, което е липсвало до сега, е *механизъм*, който да координира различните усилия и да даде *посока и фокус* на отделните инициативи.

Осъществяването на разработените досега три национални здравни стратегии за укрепване на здравето и предотвратяване на заболяванията, в повечето случаи е непълно поради честите политически промени и промяна на приоритетите в здравната политика.

Предвижда се да се създадат необходимите условия за свързване и координиране на наличните ресурси в различните нив<sup>а</sup>. Всички министерства, държавни агенции, областни управители и общински съвети, трябва да разработят и въведат в действие съвременни, основаващи се на научни доказателства механизми за посрещане на новите нужди в областта на здравната политика. Няма съмнение, че това ще бъде гаранция за постигане на формулираните цели.

### **III. 2. Необходимост от широко междусекторно сътрудничество и партньорство**

Реализирането на целите налага да бъде мобилизирана в максимална степен ефективността на действащите у нас системи за:

- предоставяне на здравни услуги, здравно осигуряване и здравно застраховане с оглед:

- поставяне на акцент върху дейностите по промоцията на здравето и профилактиката на болестите;
  - подобряване на качеството на здравните услуги, уважавайки правата на пациента;
  - разработване и реализиране на национални, регионални и специализирани програми за решаване на конкретни здравни проблеми от здравно-промотивен, профилактичен и лечебен аспект;
  - осъществяване на професионално, основаващо се на научни доказателства, управление на индивидуалното, семейното и общественото здраве от всички нива на здравната система.
- укрепване на адекватния отговор при спешни инциденти, катастрофи и епидемии;
  - защита на здравето на обществото от рисковите фактори на околната (в т.ч. работната и учебната) среда и от такива, съдържащи се в хранителните продукти и стоките за масово потребление;
  - материална, социална, здравна и образователна подкрепа на лицата и семействата, попаднали временно или за по-продължително време във финансови проблеми;
  - своевременна, достоверна и в необходимия обем информация по проблемите на здравето, публичните мерки и личната отговорност за неговото опазване, реда за ползване на медицинска помощ и начините за подкрепа на хората с определени заболявания и физически увреждания.

Отговорността в тези области ще се разпреди по оптимален начин между държавните, общинските и бизнес организации и организациите на гражданското общество.

### **III. 2. 1. Междусекторно сътрудничество**

**В рамките на Правителството** обхватът на отговорностите по изпълнението на петте национални цели ще включи различни министерства. Най-общо тази тяхна отговорност се свежда до:

#### **А. Министерство на околната среда и водите**

Негова ще бъде грижата за подобряване на условията на околната среда и осигуряване на надеждна защита от контаминирането ѝ с вредни за здравето на хората компоненти от химическо, физическо и биологично естество.

Тази грижа и защита се отнася както за въздуха, водата и почвата, така също и за обезвреждането на отпадъците и намаляване на шумовата агресия в населените места.

#### **Б. Министерство на образованието, младежта и науката**

Политиката на това министерство, в контекста на петте национални здравни цели, ще бъде да насърчава училищата да осигуряват знания и умения на своите възпитаници с цел да са добре информирани и да могат да правят преценка за собственото си и обществено здраве и безопасност.

Въвеждането на съвременни здравно-образователни програми в училищата ще постави основата на ново индивидуално поведение по отношение на здравето и здравословния стил на живот, а развитието на училищния спорт ще допринесе както за укрепване здравето в училищна възраст, така и в живота през следващите възрастови периоди.

Във връзка с това Министерството на образованието, младежта и науката ще разшири тематиката на сега действащите здравно-образователни програми в посока: здравословен стил на живот, в т.ч. лична хигиена, здравословно хранене, вредни за здравето индивидуални навици, рискови за здравето фактори на околната среда, пред-

пазване от битов и транспортен травматизъм, вредата от злоупотреба с лекарства, употреба на наркотици, сексуално образование, образование за семеен живот и др.

Министерството на образованието, младежта и науката, Министерството на физическото възпитание и спорта и Министерството на здравеопазването ще съгласуват своята работа по отношение спортните инициативи в училищата, а от спортните клубове ще се изисква да осигуряват по-широка база за ориентирания към здравето спорт.

Дългосрочният ефект на училищното здравно образование е трудно да бъде оценен, но той би имал *успех*, дори само ако се състои в отстраняване само на част от вредните за здравето навици.

#### **В. Министерство на земеделието и храните**

Основните задачи на Министерството на земеделието и храните и неговите структури, в т.ч. Българската агенция по безопасност на храните, в контекста на петте национални здравни цели, се свеждат до:

- гарантиране на безопасността на храните;
- гарантиране на добива, преработката, съхранението и продажбата на мляко и млечни продукти, на месо и месни продукти, на зеленчуци и плодове в съответствие със стандартите на Европейския съюз;
- провеждане на действия срещу заболяванията у животните, известни като obligатни или факултативни зооантропонози: туберкулоза, бруцелоза, трихинелоза, тениози и др.;
- организиране на системен контрол върху влагането в храните и питейните продукти на нерегламентирани консерванти, оцветители, овкусители и др.

Министерството ще бъде отговорно за контрол на етикетирането на храните и съответствието на информацията, предоставена за потребителите при етикетиране с действащата нормативна уредба.

### **Г. Министерство на вътрешните работи**

Съвместно с Министерството на образованието, младежта и науката, Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията и Министерството на здравеопазването трябва да предприеме действия за провеждане на кампании за безопасност на пътя, с акцент върху безопасността на децата в пътното движение.

### **Д. Министерство на труда и социалната политика**

Тенденцията за повишаване на доходите на населението през последните няколко години на фона на поносима инфлация и финансова стабилност на държавата е по същество тенденция за повишаване на благоденствието на нацията. И все пак огромната роля, която играе мрежата за социално подпомагане в осигуряване на добро здраве на обществото и намаляване на неравенството в здравето на населението, особено на неговите най-слаби групи, никога не трябва да се отрича. Именно в контекста на това ще бъде съдържанието на задачите на Министерството на труда и социалната политика. По-конкретно те ще бъдат насочени към преодоляване на бедността и социалното изключване и техните последици за здравето на уязвими групи чрез осигуряване на достъпни, качествени и достъпни социални междусекторни услуги, промяна на модела на грижа за децата, възрастните хора и хората с увреждания, в т.ч.:

- подобряване на качеството на живот на децата и насърчаване на социалното включване чрез деинституционализация на грижата за децата, създаване на мрежи от социални услуги в общността, приемни грижи и др.;
- разработване и въвеждане на специфични дейности за рискови групи, насочени към осигуряване на профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за деца със специални потребности; осигуряване на домашно лечение на лица с хронични

заболявания и увреждания, деинституционализация на лицата с психични заболявания и осигуряване на подходящи условия за живот в общността – дневни центрове, защитени жилища, реинтеграционни програми и др.;

- разработване и въвеждане на мерки за промоция на здраве и профилактика на болестите сред уязвимите групи чрез утвърждаване на модела на здравните медиатори;
- премахване на институционалния модел на грижа за възрастните хора и хората с увреждания чрез развитие на услуги за дългосрочна грижа и междусекторни услуги;
- осигуряване на достъпна среда – физическа, информационна и институционална за лицата от уязвими групи и особено лицата с увреждания;
- осигуряване на равен достъп до физически упражнения, спорт и спортни услуги за различните социални групи;
- социално подпомагане на уязвими групи – пенсионерите, хората с увреждания, безработните, многодетните семейства с ниски доходи, бедни самотни родители и др.;
- интегриране на хората с трайни физически увреждания в работещата част на обществото;
- засилване на контрола върху осигуряването на безопасни и здравословни условия на труд.

#### **Е. Министерство на здравеопазването**

Задачите, произтичащи от петте национални здравни цели, и действията за тяхното практическо реализиране са предпоставка за оптимално структуриране и развитие на националната здравна система. Усъвършенстването на структурата, функциите, организацията, управлението и финансирането на националната здравна система е необходимо условие за създаване на стратегическия фундамент за



българското здравеопазване за реализация на целите в областта на профилактика и промоцията на здравето.

Въпреки че институциите и структурите на националната система за здравеопазване са само един от двигателите в стратегическата рамка, те ще заемат ключова позиция в нейната реализация. Тяхна задача ще бъде:

- да извършват оценка на здравното състояние на населението;
- да анализират здравните потребности на населението по възрастови групи, професионален и социален статус, образователно и културно равнище и др.;
- да определят приоритетите в действията за подобряване на здравето;
- да внедряват методи и технологии за подобряване на общественото здраве, основаващи се на научни доказателства;
- да провокират дискусии на национално и местно ниво по проблемите на общественото здраве;
- да развиват междусекторни връзки и партньорство с предприемането на действия, произтичащи от петте национални здравни цели;
- да оценяват резултатите от реализацията на целите и задачите на основата на критерия „*подобрено ли е здравето?*”;
- да осигурят координирани усилия съвместно в процеса на усвояване на средства от структурните фондове на ЕС.

Всички действия на институциите на националното здравеопазване трябва да са основани на първоначалната оценка на здравното състояние на хората и на възможностите за най-целесъобразно, ефективно и резултативно използване на наличните ресурси. Тази задача ще се изпълнява с общите усилия и координираните действия на на-

ционалните центрове по проблемите на общественото здраве, регионалните здравни инспекции, районните здравноосигурителни каси и районните колегии на професионално-съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина, фармацевтите и професионалистите по здравни грижи.

Стратегическата роля на Министерството на здравеопазването ще бъде фокусирана към оценка на здравето на населението и към програмирането на необходимите действия за неговото подобряване и защита. Във връзка с това Министерството на здравеопазването:

- ще проследява и оценява състоянието на общественото здраве на основата на данните от провеждащия се за тази цел мониторинг;
- ще въведе, доказали своята надеждност, методи за изследване и контрол на ефективността от предприетите стъпки за подобряване на здравето, независимо дали са насочени към цялото население, към определени групи от него или към промоция на здравето, превенцията, лечението и рехабилитацията на отделни заболявания;
- ще определя приоритетите, подходите и програмите в светлината на оценките за състоянието на общественото здраве, ще предприема съответни, произтичащи от неговите правомощия действия;
- ще използва целенасочено средства от структурните фондове на ЕС.

### **III. 2. 2. Партньорско сътрудничество**

Процесите, които характеризират здравето, както на отделния индивид, така и на семейството и на общностите са многофакторно обусловени. Проблемите за укрепване, опазване и възстановяване на здравето, ще се решават както с административни (правителствени, общински), така също и с обществени, неправителствени инициативи и средства. Това прави безусловна необходимостта от укрепване на партньорството между административните структури на държавата и професионално-съсловните организации в здравеопазването, пациентските сдружения, синдикалните, спортни и други неправителствени организации, религиозните учреждения, гражданите и техните семейства. Правителството ще разчита на такова широко партньорско сътрудничество и за това то ще бъде търсено, подкрепяно и уважавано по достойнство.

\*

*В контекста на проекта за изграждане на широкообхватно и стабилно координирано междусекторно сътрудничество и партньорство, изгледите за реализиране на петте национални здравни цели през периода 2014–2020 г. са оптимистични.*

*Предпоставки за този оптимизъм са:*

- 1. успехите на науката в идентификацията на рисковите за човешкото здраве фактори и в методите за борба с тях;*
- 2. ясно формулираните цели и задачи, достижимостта им в обозримото бъдеще и измеримостта на очакваните демографски и здравни резултати;*
- 3. високата професионална компетентност на работещите в секторите на здравеопазването, социалните грижи, образованието, културата и опазването на околната среда;*

*4. нагласата на българския бизнес, на синдикалните, екологичните, спортните и другите организации на гражданското общество за широко участие в целеви инициативи за укрепване и опазване на общественото здраве.*

**IV. ПОЛИТИКИ, ОРИЕНТИРАНИ  
КЪМ НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ  
ИНТЕРЕСИ В ОРГАНИЗАЦИЯТА,  
СТРУКТУРАТА И  
ФИНАНСИРАНЕТО НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

#### **IV. 1. Политики за управление в системата на здравеопазване и укрепване на капацитета**

Една от основните тенденции на стартиралата пред 1999 г. реформа на нашето здравеопазване бе заимстването на управленски и организационни практики от други отрасли с презумпцията, че с тях ще се подобри ефективността на неговия лечебен сектор. В резултат на това лечебните заведения станаха търговски субекти, тяхното управление бе подчинено на разпоредбите на търговското законодателство, а при производството, търсенето, предлагането и договарянето на здравните услуги се приложиха характерни за класическия пазар подходи и механизми.

Друга тенденция бе изграждането на управленски капацитет на макро и институционално ниво, включващ подобрене на мениджърските експертни умения и разработване на по-усъвършенствани информационни системи с цел да се улесни процеса на вземане на организационни, финансови и клинични управленски решения. В резултат на това в някои лечебни заведения бяха внедрени информационни системи, които предоставиха възможности за по-добро управление, но реално се ползват от ръководствата им най-вече за управление на финансовите потоци.

Приложените подходи за подобряване на ефективността на лечебните заведения не доведоха до очакваните от обществото резултати. Нещо повече, те системно пораждаха проблеми, които и до днес отклоняват вниманието на мениджърските екипи на макро и институционално ниво към периферни, а не към стратегически промени в системата на здравеопазване.

Необходими са иновации за устойчива и ефективна здравна сис-

тема, насочени към стабилизиране на здравноосигурителния модел, повишаване на финансовата самостоятелност на здравния сектор, промяна в начина на финансиране на лечебните заведения, развитие на електронното здравеопазване и телемедицинските услуги, изграждане на национална здравно-информационна система и достъп на гражданите чрез електронен идентификатор, подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси в здравеопазването.

В подкрепа на усилията на държавата да подобри качеството и безопасността на здравното обслужване, е необходимо да се консолидира изпълнението на действия за набелязване, обмен и разпространение на добри практики, да се подобри достъпа до медицински познания, да се подкрепи разработването на съвместни решения и насоки, свързани с качеството на здравното обслужване и безопасността на пациентите. Необходимо е определяне на високи стандарти за безопасност, качество и ефикасност по отношение на кръвта, органите, тъканите и клетките, фармацевтичните продукти и правата на пациентите.

Трябва да се положат усилия, насочени към осигуряване на непрекъснат контрол и мониторинг на качеството, безопасността и ефикасността на разрешените за употреба лекарства в страната. Осигуряването на достъпни и качествени лекарствени продукти, създаването на система за мониторинг на лекарствената използваемост и на правила за рационална лекарствена употреба са ключови мерки в осигуряването на качествено лечение за пациентите.

**IV.1.1. Развитието на електронно здравеопазване е основен инструмент за осигуряване на ефективно функциониране на здравната**

система. Ключова мярка е интеграцията и свързаността в сферата на здравеопазването чрез изграждане на национална здравно-информационна система и осигуряване на достъп на гражданите до системата чрез електронен идентификатор. Единната информационна система на здравеопазване е базата, на която ще стъпи развитието на електронното здравеопазване с неговите основни съставни части – напр. електронно здравно досие, електронна рецепта, електронно направление и т.н. Обвързването на процесите в здравеопазването в единна национална система с възможност за контрол и обмен на информация в реално време чрез модули за наблюдение на основни показатели за системата на здравеопазване гарантира взаимна обвързаност на всички процеси в системата с приложената иновативна технология и дава възможност за адекватно анализиране и интервенция от страна на Министерството на здравеопазването. Реализацията създава възможност да се извършват онлайн повече административни и здравни услуги в сектора, осигурява достъп до информация на пациента за собственото му здраве, подобрява взаимовръзките между отделните нива на системата, подобрява качеството на медицинските услуги и ефективността на разходването на публичните средства за здравеопазване. Това е предпоставка финансовите процеси да бъдат прозрачни и лесни за проследимост, анализиране и контрол, а всички участници в системата да са удовлетворени от взаимоотношенията, постигани чрез разширяването и надграждането на модулите на здравно-информационна система. Продължаващото развитие на националната здравно-информационната система акцентира и върху телемедицинските услуги. Машабното им разпространение при диагностика, лечение и оперативни интервенции ще допринесе и за повиша-



ване на качеството и достъпността на медицинските услуги.

#### **IV.1.2. Управление на човешките ресурси**

Управлението на човешките ресурси следва да бъде анализирано и съобразено от една страна с налагащите се общи демографски тенденции и от друга – с развитието на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели, които намират отражение в медицинското обслужване. Поради застаряването на населението и промените в семейната структура нараства търсенето на професионални грижи, тъй като все по-рядко се полагат неформални грижи в семейна среда. Освен това, здравното обслужване става все по-специализирано и изисква интензивна работа и по-продължително обучение. До 2020 г. в ЕС ще има недостиг на един милион здравни специалисти и ако не бъдат взети мерки, 15% от необходимите грижи няма да бъдат осигурени. Ако обаче бъдат предприети подходящите мерки, това би създавало значителни възможности за заетост и растеж. Ето затова е необходимо разработването на инструменти и механизми, които да помогнат на здравната система да предостави грижи в по-голям обем с по-малко ресурси. Необходими са новаторски решения за справяне с недостига на работна сила и за постигане на максимална ефективност на здравната система чрез използването на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели. Определени ключови мерки за осигуряване на качествена, ефективна и безопасна медицинска помощ са насочени и към подобряването на качествените характеристики на **човешките ресурси в здравеопазването**. Необходими са промени в нормативната уредба в областта на планирането на необходимостта от кадри и тяхната специализация, развиването на системите за квалификация,

специализация и продължаващо обучение. Прилагайки формите и методите на учене през целия живот, ще се формират знания, умения и компетентности, необходими за развитие на дългосрочните здравни грижи. Развитието на системите за квалификация и продължаващо обучение са основните предпоставки за осигуряване на качествена, ефективна и безопасна здравна помощ. На тази основа следва да се разширят и компетенциите и уменията на общопрактикуващите лекари, превръщайки първичната помощ в реална база на системата на здравеопазване. Специалистите по здравни грижи са най-многобройната група специалисти в системата за здравеопазване, поради което значимостта им във функционирането на лечебните заведения не подлежи на съмнение. В някои от по-малките населени места те са основната допирна точка на пациентите със здравната система. Ето защо, техният принос трябва да получава все по-голяма признателност и необходимата обществена подкрепа. Специалистите по здравни грижи трябва да се разглеждат и оценяват като ефективен в качествен и хуманитарен контекст изпълнител на здравни услуги в лечебния сектор. Следователно, развиването на техните функции в лечебните заведения и особено в системата за първична медицинска помощ трябва да се възприеме като част от една по-широка тенденция към интегриране и устойчиво развитие на качеството на здравните грижи за пациентите.

#### **IV.1.3. Стратегии за реформи във финансирането на здравеопазването**

На фона на ограничените средства на НЗОК, държавата и общините за здравеопазване и нарастващия натиск за увеличение на разхо-

дите за здравеопазване, свързан с непрекъснатото развитие на нови технологии в диагностично-лечебната дейност, и повишаване на изискванията за подобряване на качеството на живот на болните и грижата за тях, в т.ч. за развитие на други видове здравни услуги (палиативни грижи, медико-социални грижи за деца и възрастни и др.), се налага необходимостта от публично обсъждане и въвеждане в действие на стратегии за **реформи във финансирането на лечебния сектор**. Възможни взаимно допълващи се подходи са:

**1. Увеличаване на средствата за здравеопазване**, като за тази цел е необходима широка обществена дискусия по въпроса за „подходящото ниво“ на финансиране на здравеопазването. Необходимо е при определяне на подходящото ниво на финансиране на здравеопазването да се изхожда предимно от стойността, която се придава на здравето и здравеопазването, разгледани сами по себе си или в сравнение с други сфери на обществения разход, а не само от политически или финансови съображения.

В тази връзка от огромно значение е въвеждане на механизми за реално остойностяване на медицинските дейности, позволяващи правилно планиране на потребностите от финансови ресурси за покриване на здравните потребности на населението.

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

Контролът върху разходите в здравеопазването следва да бъде подчинен на разбирането, че той по същество е метод за оптимизирането им в предварително определени граници, а не на самоцелен стремеж за тяхното намаляване или ограничаване. Във всички случаи

резултатите от мерките за контрол на разходите в здравеопазването са в пряка зависимост от това дали са насочени към търсенето или предлагането на здравни услуги.

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

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

- лимитиране на общите разходи или на общия бюджет за здравни услуги на НЗОК; създаване на условия за оптимизиране на дейността в извънболничната и болнична помощ чрез намаляване на скъпоструващото активно болнично лечение за сметка на извънболничното лечение и развиване на модели за едnodневно лечение, едnodневна хирургия, медико-социални грижи, продължително лечение и палиативни грижи; регулиране на използването на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии;
- контрол върху разходите за лекарства и медицински изделия, заплащани с публични средства;
- контрол на медицинската дейност.

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

Особено внимание заслужава *стратегията за въвеждане на разходни тавани за заплащаните от НЗОК болнични услуги*, състояща се от определяне на лимит както за общия разход, така и на неговите компоненти. Въвеждането ѝ неминуемо ще има отражение върху оптимизиране броя на болничните легла, рационално реструктуриране на болничните услуги и интензифициране на болничните дейности, без да се отрази на качеството на болничните услуги.

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

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

През последните няколко години нараснаха емпиричните наблюдения за резултатността от прилагания на национално ниво на инс-

трументариум за определяне на приоритетни здравни услуги, заплащани с публични средства. Най-общо тези наблюдения показват, че прилагането на добре обмислени подходи за определяне на приоритети ще играе положителна роля не само сега, но и през следващите години. Това засяга всички сектори и структури на националната система за здравеопазване и не може да бъде решавано изолирано в едно или друго направление, без отчитане на множеството сложни взаимовръзки.

Приоритетните здравни услуги следва да са съзвучни с ценностите и принципите на обществото и с основните цели на правителствените здравни политики. Институционалната и законовата рамка на мрежата от лечебни заведения у нас очертава границите, в които могат да се определят и осъществят приоритетни здравни услуги при отчитане влиянието на такива фактори като търсенето на здравна услуга, финансовите възможности и моралните императиви на медицинската професия.

Ключовите решения, свързани с определянето на приоритетни здравни услуги, трябва да се подлагат на редовно преразглеждане, поради динамичния характер на здравните процеси и на медицинските дейности.

## **IV. 2. Секторни политики в здравеопазването**

### **IV.2.1. Необходимост от прегрупиране на ресурсите**

Моделите за организация и предлагане на първичните, специализираните извънболнични и болничните услуги търпят непрекъсната промяна в конфигурацията си. Преразглеждането на тези модели е резултат от редица фактори, вкл. и от налагащата се тенденция за търсе-

не на допълнителни средства като отговор на промените в демографската структура на населението, внедряването на нови технологии и повишените очаквания и изисквания на обществото за качествена медицинска помощ.

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

От друга страна, с установяването на строг контрол върху оползотворяването на средствата за здравни услуги, започна да нараства скептицизмът относно рационалността на очертаните граници между различните видове здравни услуги, оказвани в пирамидалната институционална конфигурация на лечебния сектор. По-конкретно, ролята на многобройните болнични заведения все повече се поставя под въпрос при положение, че са налице организационни и професионални възможности за разширяване на диагностиката и лечението в извънболнична обстановка.

Наложително е здравната система да откликне бързо и отговорно на посочения по-горе натиск с процес на прегрупиране на ресурсите при търсенето на най-добрите и най-изгодни в разходно отношение решения в условията на променящите се здравни потребности и изисквания на пациентите. Броят и видът на лечебните заведения у нас, наличната в тях материална база и оборудване, а така също и броят и структурата на работещите в тези заведения медицински и други професионалисти трябва да бъдат реорганизирани така, че да се постигнат по-добри резултати по отношение на клиничната практика, фи-

нансирането и качеството на здравните услуги.

Със сигурност една програмирана и умело провеждана политика за прегрупиране на ресурсите ще доведе до подобряване на клиничния ефект, по-подходящо контролиране на определени заболявания, по-висока ефективност на разхода за здравни услуги и по-голяма удовлетвореност на пациентите. В случай, че схемите за прегрупиране на ресурсите се приложат без ясно определени стратегически цели и необходимата координация, те ще се отразят негативно върху достъпа до здравните услуги и тяхното качество. Прегрупирането следва да бъде обвързано не само с промяна на мястото за предоставяне на здравните услуги, но и със съответни промени в уменията на специалистите и прилаганите технологии. Например, засега финансовите подходи, прилагани от НЗОК, не стимулират общопрактикуващите лекари и специалистите на извънболнична практика за поемане на някои от функциите на болничната помощ. По-голяма част от средствата за тях се предоставят „капитационно” или като „такса за услуга”, а не толкова според резултатите. Пределно ясно е, че този разпределителен механизъм не отчита всестрания и сложен характер на проблемите на пациентите, което води до липса на решение за намаляване на неефективността и дублирането на редица здравни услуги в извънболничната и болничната помощ.

Ето защо, всеки конкретен проект за прегрупиране на ресурси трябва да се основава на всеобхватен анализ на действащия модел за предоставяне на здравните услуги, на пълна и достоверна информация за преимуществата и на осъзнаване на промените, които произтичат както от изискванията на медицинските стандарти, така и от конфигурацията на уменията за тяхното изпълнение.



#### **IV.2.2. Първична медицинска помощ**

Преди всичко е наложително да се преосмислят отново четирите стратегически елемента на първичната медицинска помощ, прокламирани в Декларацията на Световната здравна организация от Алма Ата:

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

**а)** Концепцията за по-широко възприемане на принципите на първичната медицинска помощ у нас изисква системно въвеждане на нова здравна култура, която, без да изключва тесния биомедицински подход за здравето и болестите, да се разпростре извън неговите граници. Тук се има предвид нарастването на инициативите за промоция на здравето посредством влияние върху околната среда и начина на

живот.

б) Трябва да се обърне внимание на връзката между обществената ангажираност и личната отговорност, тъй като промоцията на здравето и здравната информираност ще накарат не малко хора да осъзнаят, че съвременният живот и околната среда носят рискове за здравето. За съжаление, независимо от нарастващата роля на гражданското общество, участието му в процеса на вземане на решение засега е недостатъчно.

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

г) За да посрещне успешно предстоящите предизвикателства системата *„общопрактикуващи лекари“* трябва ускорено да развие своите силни страни и се реформира в система *„лични/фамилни лекари“*, предлагаща на доверилите ѝ се семейства здравни услуги, които трудно се предоставят от разпокъсаните, вертикално разположени изпълнители на медицинска помощ. Това може да се постигне чрез развиване на такива функции в системата *„лични/фамилни лекари“*, които са свързани с предлагането на интегрирани услуги на и с помощта на пациентите и обществото. Необходимо е тази интеграционна функция да отговори компетентно и отговорно на изискванията на три взаимно допълващи се в контекста на правителствените политики направления: функционално, организационно и образователно.

*Функционалното направление* предполага, че епизодичното лечение на заболяванията трябва да отстъпи своето място на интегрирания подход към здравните потребности на индивида, семейството и

обществото. Социално ориентираната първична фамилна медицинска помощ трябва да докаже, че може да спомогне за значително подобряване на здравето по един по-ефективен и ефикасен начин.

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

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

д) Изискването за споделянето на отговорностите между системата за първична фамилна медицинска помощ от една страна и лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ и болниците от друга, ще продължава да нараства. А това означава, че ще са необ-

ходими информационни системи, достъпни за общопрактикуващите фамилни лекари.

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

Само така разгледани, мястото и ролята на общопрактикуващите фамилни лекари и утвърждаването им като ключова професионална група ще позволи системата „**първична фамилна медицинска помощ**” да се утвърди като ефективна в разходно отношение система.

#### **IV.2.3. Болнична помощ**

Болничните услуги у нас поглъщат около 60% от здравноосигурителните плащания. В последно време все повече се налага мнението, че има по-ефективни подходи за предоставянето на болнични услуги и че следователно съществуват възможности за по-нататъшното им съкращаване. Налице са и редица други фактори, които пораждат необходимостта от промени, като например:

- тенденцията към тясна специализация;
- необходимостта от скъпи технологии;
- осъзнатата потребност и нарастващият натиск за контрол върху разходите.

Всички те трябва да бъдат насочени към намаляване броя на болниците за активно лечение и/или намаляване на броя на леглата в тях и в същото време към увеличаване на възможностите им за лечение на остри заболявания, към предоставяне на високотехнологични

диагностични и лечебни услуги, както и към нарастване на подкрепящата роля на лечебните заведения за извънболнична помощ, на стационарите за продължително лечение и рехабилитация и на хосписите. Ето защо стратегията на здравната реформа у нас сега е изправена пред въпроси, свързани с дългосрочната перспектива на болничните заведения, бъдещата конфигурация на предлаганите от тях услуги и начините за въвеждане на промени в системата за болнична помощ.

Необходимо е да се отбележи, че стратегията за реформа в системата за болнична помощ трябва да отчита и значимостта на следните фактори:

- болниците, от гледна точка на организационната теория са сложни адаптивни системи, които откликват по непредвидими начини на промени в околната среда;
- наличието на перспективен поглед върху ролята на болничната помощ в здравеопазването, бъдещите ѝ задачи, общите ѝ размери и естеството на нейните връзки с извънболничните здравни услуги и със сектора за социални грижи и услуги;
- политиката за финансиране на болничните услуги, като ключов елемент на всеки от проектите за реформа на системата за болнична помощ.

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

**а) общо подобряване** на ефективността в предлагането на болничните услуги;

**б) клинично стандартизиране** на компетенциите в пирамидалната структура и преодоляване на полувертикалния модел на болнич-

ната помощ;

**в) обосновано ползване на болнични услуги.** В крайна сметка могат да се обобщят следните интервенции за подобряване на ефективността и уместността на болничните услуги:

- усъвършенстване на финансирането и заплащането на болничната помощ;
- подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ, основаващо се на утвърдени научнообосновани подходи;
- провеждане на политика на болниците, ориентирана към пациентите, за организация обслужването, информираността и зачитането на човешките и гражданските им права;
- въвеждане и гарантиране качеството на високотехнологични съвременни методи за диагностика и лечение.

Тези интервенции ще доведат до прегрупиране на ресурсите в рамките на системата за болнична помощ, вкл. до промени в конфигурацията на персонала и интензификация на болничния процес. Това ще доведе и до насочване на някои от болничните услуги на лечебните заведения към извънболничната помощ.

Подходите за намаляване броя на хоспитализациите все повече се превръщат в ключов елемент на стратегията за промяна на болничните функции, като е уместно да се интервенира в следните насоки:

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

вания в извънболнични условия;

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

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

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

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

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

д) създаване на правила за качество и стимулиране развитието на структури за продължително лечение, палиативни грижи и рехабилитация.

литация, в т.ч. и чрез трансформиране на болници за активно лечение.

При реализация на промяната в конфигурацията на системата за болнична помощ особено внимание ще се отдели на следните акценти:

- реструктуриране на база осигуряване потребностите от различни видове качествени болнични услуги и равнопоставен достъп на населението до тях, като се игнорира фактора „брой болнични легла”;
- рационално планиране на високотехнологичните болнични услуги съобразно потребностите на населението и възможностите на лечебната мрежа за ефективното им предоставяне;
- управление на реформата в системата за болнична помощ.

#### **А. Болнични легла или болнични услуги**

Повечето способности за замяна в системата за болнична помощ у нас досега бяха насочени главно към намаляване броя на болничните легла и частично към закриване на някои болнични отделения в един непроменящ се, дори увеличаващ се брой болници. Същевременно не се постигна увеличаване на структурите за продължително лечение, палиативни грижи и рехабилитация, независимо от реалните потребности. Това показва, че съкращаването на легла и даже на болнични отделения не може да бъде мерило за анализ и формулиране на политиката за реформа в болничната сфера.

Данните показват, че около 30 и повече процента от разходите на общинските болници за активно лечение са свързани със сградния фонд и други дълготрайни активи. Значителен процент от текущите разходи е предназначен за персонала, чийто брой е само косвено свързан с броя на болничните легла. Показателите за използваемост на легловия фонд демонстрират трайна тенденция на поддържане на из-



лишен неизползваем капацитет на структурите в тези лечебни заведения. Това води до разходване на значителни ресурси за тяхното поддържане за сметка на други, които са натоварени, но не достатъчно финансирани, което пряко рефлектира и върху мотивацията на медицинския персонал в тях.

Ето защо най-голям ефект върху разхода на системата за болнична помощ може да се постигне посредством трансформиране на цели, неефективни болнични заведения за активно лечение в такива за продължително лечение, рехабилитация или други структури, предлагащи подходящи услуги, а не чрез непрекъснати „козметични” промени на броя на леглата в тях.

### **Б. Разпределение на високотехнологични болнични услуги**

В момента разпределението на високотехнологичните болнични услуги, като сърдечната хирургия, неврохирургията, онкологията, трансплантацията на органи и тъкани, инвазивната кардиология и др. е повод за загриженост. Отчете се, че някои от тях са излишно мултиплицирани, което е причина за неефективно използване на човешките и финансови ресурси и в крайна сметка за потенциално по-слаб клиничен ефект.

Въпреки опитите за въвеждане на регулация, липсва ефективен механизъм за решаване на проблемите, породени от дублирането или свръхпредлагането на определени високотехнологични болнични услуги, поради следните фактори:

а) висок дял в приходите на болниците от високотехнологични болнични услуги, което стимулира болничните мениджъри за разкриване на такива за сметка на други, които са реално необходими, но не са

рентабилни;

б) високото признание и обществена подкрепа, с която се ползват и която поставя политически бариери пред промяната.

Необходимо е въвеждане на ефективни механизми за регулация на високотехнологичните болнични услуги. Те следва да бъдат регулирани от гледна точка на възможностите за осигуряване на необходимото качество на дейността от една страна и от друга – с оглед ограничаване на излишни инвестиционна база на оценка и въвеждане на критерии за реалните потребности и възможността за достъп на населението до тях.

### **В. Управление на реформата в системата за болнична помощ**

Няма съмнение, че процесът за провеждане на болничната политика у нас се нуждае от стабилна теоретико-практическа рамка, съдържаща съгласуваност между планови и пазарни механизми, насочени както към търсенето, така и към предлагането на болнични услуги. В този смисъл, използването на един единствен инструмент, например – системите за финансиране на болничната помощ, не винаги е достатъчно. Необходимо е да се обсъди една последователна и реалистична стратегия, която би следвало да включи следните елементи:

а) ясна и недвусмислена отговорност за общото управление на реформата в системата за болнична помощ на макро и институционално ниво;

б) ясен набор от финансови и управленски цели за ръководните кадри и клиничния персонал, които да насърчават позитивните промени в управлението и подобряването на болничната ефективност;

в) ясна рамка на бюджета за болнични услуги и съобразяването

му с уточнени изисквания за болнична ефективност;

г) планирането на нивото за заплащане на болнични услуги да се съчетава с гаранции за това, че провежданата от ръководствата на болниците политика ще насърчава стремежа за постигане на ефективност;

д) поставяне на разумни цели в политиката за намаляване на болничния престой, основани на основата на задълбочени анализи на тежестта на заболяванията, гарантиран интегриран подход при поставянето на тези цели и на контрола за тяхното изпълнение;

е) утвърждаване на съвременна система за наблюдение, контрол и управление на качеството на болничните услуги, качество на структурата, качество на процесите и качество на резултатите, без да се влага политическа идеология;

ж) разработване и изпълнение на стратегия за управление и подобрене на партньорството на болниците с лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ, хосписите и социалните грижи;

з) изготвяне на подходи, които регулират неравномерното предлагане на болничните услуги и разпределението на високотехнологичните такива;

и) прилагане на методи за управление на процеса за реформа в системата за болнична помощ, включващи съвременни системи за комуникации и извоюване на подкрепа особено от страна на медицинските специалисти;

к) формулиране и утвърждаване на гаранции за адекватно финансиране на процеса на промяна в болничната система;

л) съставяне на ресурсно-осигурен план за овладяване на неп-

редвидими последствия от провежданата политика за реформа в болничния сектор.

#### **IV.2.4. Спешна медицинска помощ**

В изготвената и предоставена за обсъждане концепция за развитието на спешната медицинска помощ са включени няколко основни момента, свързани пряко с усъвършенстване предоставянето на услугата и оптимизиране на структурата и организацията в системата за спешна медицинска помощ чрез:

- изготвяне на задължителна национална карта на екипите за спешна медицинска помощ в съответствие с приетите национални стандарти и преразглеждане, и прецизиране на настоящата структура на системата за спешна медицинска помощ, броя и местоположението на отделните структурни единици с цел осигуряване на максимално равномерно покритие на територията на страната;
- подобряване на координацията и взаимодействието между екипите за спешна медицинска помощ и лечебните заведения за болнична помощ при обслужване на спешно болни, тъй като основна предпоставка за функционирането на системата за спешна медицинска помощ е осигуряване на интегритет и функционална свързаност между нейната извънболнична част (осъществявана основно от ЦСМП) и болничната част, осигурявана от различни по вид лечебни заведения за болнична помощ; интегриране на комуникационно-информационната система на ЦСМП и спешните отделения; осигуряване на консултации на спешните екипи от лекарите в спешните отделения чрез развитие на теле-

- медицината; изготвяне на общи протоколи за поведение;
- усъвършенстване на обучението и квалификацията на специалистите, необходими за функционирането на системата за спешна медицинска помощ в следните направления – обучение на студенти по медицина, медицински специалисти по здравни грижи, специализация и следдипломно обучение по спешна медицина, утвърждаване на система за продължаващо обучение на работещите в системата за спешна медицинска помощ; функционално интегриране на ЦСМП и лечебните заведения за болнична помощ по отношение на квалификация на персонала на ЦСМП и създаване на условия за вътреболнично продължаващо обучение на персонала от ЦСМП; основни усилия следва да се търсят в сътрудничество със съсловните организации и възможности за повишаване на квалификация по оказване на спешна медицинска помощ и на останалите медицински специалисти в системата на здравеопазването – общопрактикуващи лекари, специалисти в извънболничната медицинска помощ, медицински специалисти в здравни заведения и др., тъй като много често те осъществяват първия контакт със спешно болен пациент и оказват необходимата медицинска помощ до пристигане на екипа за спешна медицинска помощ.

#### **IV.2.5. Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД)**

Отглеждането, възпитанието, обучението и подготовката за интеграция в обществото на деца, лишени от родителска грижа изисква прилагането на действия за подобряване условията в ДМСГД и продължаване на процеса на деинституционализация на децата, настанене-

ни в ДМСГД. В процес на реализация е деинституционализацията на деца от 0 до 3 години в 8 пилотни ДМСГД. Това ще създаде модел, който ще се приложи при закриване на останалите домове чрез осигуряване на дейности по деинституционализация на ДМСГД.

#### **IV.2.6. Регионална здравна политика, основана на доказателствата**

Със стартирането на реформата бяха направени множество опити за децентрализиране на вземането на решенията и провеждането на политики, свързани със здравето на ниво региони, области и общини. Въпреки, че беше прилаган на практика подходът на създаване на Регионални здравни карти, като основа на Националната здравна карта, не бе постигнато много в тази насока.

Във връзка с това е необходимо в контекста на прилагането на европейските практики за развитието на регионите и общините разработването и прилагането на нов подход в тази насока.

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

Разработването на регионалните здравни политики трябва да бъде насочено в няколко направления:

- отчитане на реалните здравни потребности на населението в съответния регион;
- анализ на здравната инфраструктура с цел определяне на възможностите за задоволяване на здравните потребности на населението в съответния регион – материална база, ресурсна обез-

печеност – персонал, апаратура и други;

- отчитане на рисковите за здравето фактори на обкръжаващата среда с цел разработване на адекватни и изпълними профилактични и промотивни мероприятия и програми;
- изработване на реални регионални здравни карти, отчитащи посочените по-горе анализи и разработване на специфични политики за съответния регион, отговарящи на особеностите в него.

На базата на направените анализи и политики е необходимо да се осъществи концентрация на определени високотехнологични дейности и здравни услуги в определени региони, разполагащи с необходимите ресурси, база и апаратура и съответно деконцентрация на здравните услуги по останалите региони, които да осигуряват равнопоставен достъп и качество на живот на населението, живеещо в тези региони.

Необходимо е включването на обществеността и НПО от съответните региони, особено при определени специфики (например, заболявания с характерна регионалистика или фактори на външната среда – замърсявания и т.н.) при планирането и осъществяването на регионалните здравни програми.

**V. ДЕЙНОСТИ, ОСИГУРЯВАЩИ  
РЕАЛИЗИРАНЕ НА  
СТРАТЕГИЧЕСКАТА РАМКА ЗА  
ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО НА  
НАЦИЯТА  
ПРЕЗ ПЕРИОДА  
2014 – 2020 г.**



## ГЛАВНА ЦЕЛ:

Достигане високо ниво на здраве, работоспособност и творческо дълголетие на населението

1. Израстване на физически и психически здрави деца. Подобряване основните показатели за здравето им

2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора от 10 до 19 годишна възраст. Намаляване на смъртността сред тях до 0,32 на хиляда

3. Подобряване на здравето и повишаване на работоспособността на хората в икономически-активните възрастови групи (20 г.- 65 г.). Намаляване на смъртността сред тях до 4.19 на хиляда

4. За дълъг живот в добро здраве. Намаляване на заболеваемостта при възрастните хора и намаляване на относителния дял на нуждаещите се от чужда помощ сред тях

1.1. За здрави кърмачета от 0 до 1 годишна възраст. Сnižаване на смъртността сред тях до 6.8 на хиляда живородени

1.2. За здрави, хармонично развиващи се деца от 1 до 9 годишна възраст. Сnižаване на смъртността сред тях до 0,24 на хиляда

**1.Израстване на здрави, физически и психически развити деца и юноши. Подобряване на основните показатели на здравето им до 2020 год.**

**1.1. За здрави кърмачета от 0 до 1 годишна възраст**

**1.2. За здрави, хармонично развиващи се деца от 1 до 9 годишна възраст**

**2. За физически и психически здрави юноши и млади хора от 10 до 19 годишна възраст**

**1.1.1. Профилактика на детската заболеваемост и смъртност в антенаталния период**

**1.1.2. Профилактика на детската заболеваемост и смъртност по време на раждането и в ранния неонатален период**

**1.1.3. Профилактика на детската заболеваемост и смъртност в късния неонатален и постнеонаталния период**

**1.1.1. Антенатална профилактика на детската заболеваемост и смъртност**

**1.1.1.1. Антенатална, предимплантационната и предконцепционна профилактика на генетично-обусловените вродени аномалии**

**Профилактика на хромозомни болести:**  
Цитогенетична диагноза  
FISH диагноза (флуоресцентна *in situ* хибридизация)  
CGH диагноза (компоративна геномна хибридизация)  
Биохимичен скрининг  
Ултразвукова диагноза  
ДНК диагноза

**Профилактика на моногенни болести: Хетерозиготно-носителство**  
Метаболитен скрининг  
Ензимна диагноза  
ДНК диагноза

**Профилактика на полигенни болести:** Ултразвуков скрининг  
Биохимичен скрининг  
ДНК диагноза  
Ензимна диагноза

**МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНО КОНСУЛТИРАНЕ – изграждане на центрове за пренатална диагностика и експертни центрове по редки заболявания**

### 1.1.1. Антенатална профилактика на детската заболеваемост и смъртност (продължение)

#### 1.1.1.2. Осигуряване на нормално вътреутробно развитие на плода

##### Профилактика на екзогенно обусловени вродени аномалии:

- инфекциозно обусловени
- химически обусловени
- радиационно обусловени
- лекарствено обусловени

##### Профилактика на спонтанни аборти:

- ранно трудоустрояване в безвредна за бременността работна среда
- активно наблюдение на бременните със заболявания
- изключване на вредните за здравето на бременната и плода навици

##### Профилактика на преждевременно раждания и недоносеност:

- ранно откриване и своевременно комплексно лечение на токсикозите на бременността
- активно наблюдение на бременните с предшестващ аборт и с хронични заболявания
- осигуряване на рационален двигателен и хранителен режим по време на бременността

**1.1.1. Антенатална профилактика на детската заболеваемост и смъртност  
(продължение)**

**1.1.1.3. Лечебни и профилактични дейности при патологично протичане на бременността**

**Лечение и грижи на  
бременни със заплаш-  
ващ спонтанен аборт**

**Лечение и грижи на  
бременни с токсикози  
на бременността**

**Лечение и грижи на  
бременни със заболява-  
ния от генитален про-  
изход**

**Лечение и грижи на бре-  
менни със заболявания от  
екстрагенитален произход**

**1.1.2. Профилактика на детската заболеваемост по време на раждането и в ранния неонатален период с цел намаляване на перинаталната смъртност от 11.7 до 9.36 на хиляда живородени.**

**1.1.2.1. Подобряване на качеството на акушерската помощ**

**Реновиране на сградния фонд и оборудването във всички клиници/отделения по акушерство и гинекология**

**Осигуряване на необходимите човешки ресурси във всички клиници/отделения по акушерство и гинекология**

**Привеждане на структурата на клиниките/отделения по акушерство и гинекология и на организацията на работа в тях, в съответствие с утвърдените медицински стандарти**

**Използване на диагностични, лечебни и оперативни методи, свеждащи до минимум риска за възникване на увреждания и заболявания у новородените**

**1.1.2. Профилактика на детската заболеваемост и смъртност по време на раждането и в ранния неонатален период (продължение)**

**1.1.2.2. Подобряване грижите за новородените и недоносените деца**

**Повишаване на качеството на комплексните медицински грижи към новородените и недоносените деца**

**Осигуряване на условия за здравословно хранене на новородените и недоносените деца, вкл. промоция на кърменето**

**Осигуряване на съвременна диагностика и лечение на заболяванията при новородените и недоносените деца**

## **1.1.2. Профилактика на детската заболеваемост и смъртност по време на раждането и в ранния неонатален период (продължение)**

### **1.1.2.3. Ограничаване възникването и разпространението на вътреболнични инфекции в родилните отделения и в отделенията (секторите) за новородени и недоносени деца**

**Строго спазване на принципите на асептиката и антисептиката в родилните, операционните и манипулационните зали на родилните отделения и неонатологичните структури:**

- разработване и внедряване на по-високи критерии за оценка на поведението и качеството на работа на медицинските кадри от позициите на съвременната асептика и антисептика
- внедряване на съвременни методи за асептика и антисептика в родилните и неонатологичните структури

**Внедряване на съвременен противоепидемичен режим в родилните отделения и неонатологичните структури:**

- внедряване на система за оптимално по време качествено почистване и дезинфекция на помещенията, на твърдия и мек инвентар в родилните и неонатологичните отделения
- установяване на строг противоепидемичен режим в родилните и неонатологичните отделения (сектори), премахване кръстосването на чистите с нечистите потоци и дейности

**Усъвършенстване на системата за микробиологичен контрол на средата, персонала, родилките и новородените деца в неонатологичните структури:**

- внедряване на система за оптимален по време микробиологичен контрол на средата в родилните и неонатологичните отделения
- внедряване на система за изследване за микробоносителство на персонал, родилки и новородени деца

**1.1.3. Профилактика на детската заболеваемост в късния неонатален и постнеонатален период с цел намаляване на неонаталната смъртност от 5,3 на 4,2 и на постнеонаталната смъртност от 3,2 на 2,6 на хиляда живородени деца**

**1.1.3.1. Профилактика и лечение на състоянията, намаляващи съпротивителните сили на детето в кърмаческа възраст**

**Профилактика и лечение на хипотрофиите и дистрофията в кърмаческа възраст**

**Профилактика и лечение на рахита**

**Профилактика и лечение на други недоимъчни състояния в кърмаческа възраст**

**1.1.3. Профилактика на детската заболеваемост и смъртност в късния неонатален и постнеонатален период (продължение)**

**1.1.3.2. Профилактика и лечение на заболявания, заемащи най-висок относителен дял в структурата на заболеваемостта и сред причините за смъртността на децата в кърмаческа възраст**

**Профилактика и лечение на остри-те респираторни заболявания в кърмаческа възраст**

**Профилактика и лечение на бронхопневмониите в кърмаческа възраст**

**Профилактика и лечение на инфекциозните ентероколити в кърмаческа възраст**



**1.1.3. Превенция на детската заболеваемост и смъртност в късния неонатален и постнеонатален период (продължение)**

**1.1.3. 3. Превенция и лечение на острите заразни болести в кърмаческа възраст**

**Имунизация и реимунизация на децата от кърмаческа възраст с качествено подобрени бактериални и вирусни ваксини съгласно действащия имунизационен календар**

**Внедряване в практиката на нови моно и поливалентни хиперимунни гаммаглобулинови препарати**

**Специфични противоепидемични мероприятия, съобразени с конкретната епидемиологична обстановка в жилището, квартала, населеното място**

**Ранна диагностика и своевременно комплексно лечение на острите заразни болести в кърмаческа възраст**

### 1.1.3. Превенция на детската заболеваемост и смъртност в късния неонатален и постнеонатален период (продължение)

#### 1.1.3.4. Превенция на нещастните случаи (задушавания, травми, отравяния) в кърмаческа възраст

Предоставяне на информация на майките за предотвратяване на механични асфиксии от аспирирани повърнати материи и от външни предмети

Предоставяне на информация на майките за предотвратяване на децата от падания, травми, наранявания и изгаряния

Строг контрол за изпълнение на забраната за производство и продажбата на детски играчки, които могат да предизвикат травми или токсични увреждания на децата

Предоставяне на информация на майките за избягване прилагането на лекарствени и билкови препарати без лекарско предписание

**1.2. За здрави, хармонично развиващи се деца от 1 до 9 годишна възраст с цел снижаване на смъртността в тази възрастова група от 0,3 на 0,24 на хиляда**

**1.2.1.Подобряване физическото развитие и дееспособността на децата от 1 до 9-годишна възраст в условията на семейството, детските ясли, детските градини и началните училища**

**Подобряване информираността на родителите и на персонала в детските заведения по отношение закаляването и физическото възпитание на децата**

**Възпитание и обучение в съответствие със съвременните изисквания за оптимално физическо развитие на децата**

**Индивидуална и групова оценка на показателите, характеризиращи физическото развитие на децата**

**1.2. За здрави, хармонично развиващи се деца от 1 до 9-годишна възраст (продължение)**

**1.2.2. Подобряване и разширяване грижите на семейството и обществото за усъвършенстване психичното развитие на децата от 1 до 9-годишна възраст**

**Подобряване грижите за психоемоционалното развитие на децата от 1 до 9-годишна възраст в условията на семейството, детските ясли, градини и училища**

**Усъвършенстване на методи за психоемоционално и здравно-възпитателно въздействие върху децата от 1 до 9-годишна възраст**

## 1.2. За здрави, хармонично развиващи се деца от 1 до 9-годишна възраст (продължение)

### 1.2.3. Рационализиране храненето на децата от 1 до 9-годишна възраст на основата на научнообоснованите здравни норми и изисквания

Рационализиране храненето на децата от 1 до 9-годишна възраст в условията на семейството, детските заведения и началните училища на основата на научнообосновани здравни норми и изисквания

Разширяване употребата на здравословни храни за деца от 1 до 9-годишна възраст

Строг контрол за спазване на изискванията при производството на детски храни и при храненето на децата

## 1.2. За здрави, хармонично развиващи се деца от 1 до 9-годишна възраст (продължение)

### 1.2.4. Превенция и лечение на най-често срещаните заболявания във възрастта от 1 до 9 години

Профилактика и лечение на заболявания, заемащи най-висок относителен дял в структурата на заболеваемостта и сред причините за смъртността на децата  
Превенция и лечение на острите заразни болести  
Превенция и лечение на нещастните случаи

Снижение на заболеваемостта от най-често срещаните хелминтози в детска възраст

Подобряване на оралното здраве на децата

Премахване на вредните за здравето фактори, произхождащи от облеклото, детските играчки, детската козметика и предмети за бита

## 1.2. За здрави, хармонично развиващи се деца от 1 до 9-годишна възраст (продължение)

### 1.2.4. Осигуряване на съвременни грижи на деца със заболявания

Развитие на центрове за рехабилитация. Инвестиции в инфраструктура за осигуряване на комплексно медико-социални обслужване

Осигуряване на условия за съременно интегрирано извънболнично и болнично обслужване на деца

Осигуряване на профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за деца със специални потребности

**2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора от 10 до 19-годишна възраст с цел намаляване на смъртността сред тях от 0,4 до 0,32 на хиляда**

**2.1. Привеждане на материално-техническата база в училищата и на учебно-възпитателния процес в съответствие със здравните норми и изисквания**

**Провеждане на мерки за привеждане на учебната среда и учебните програми в пълно съответствие със съвременните здравни норми и изисквания**

**Методична и контролна дейност за оптимизиране на учебно-възпитателния процес**



## **2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора (продължение)**

### **2.2. Подобряване на физическото развитие и дееспособност на учениците**

**Усъвършенстване на учебно-възпитателния режим и съобразяването му със съвременните изисквания за оптимално физическо развитие на учениците**

**Подобряване и разширяване на спортната база в училищата**

**Подобряване на медицинския контрол върху ученическия спорт. Периодичен анализ на физическото развитие на учениците**

## 2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора (продължение)

**2.3. Подобряване на храненето на учениците в условията на семейството и организираното хранене на учениците**

**2.4. Превенция на травматизма в ученическата възраст**

**Превенция на спортния травматизъм**

**Превенция на битовия и пътно-транспортния травматизъм**

## 2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора (продължение)

### 2.5. Превенция и лечение на характерните за ученичката възраст заболявания и увреждания

**Превенция и лечение на заболяванията, водещи до нарушаване на физическото развитие на учениците:**

- отстраняване на факторите на училищната среда, способстващи възникването на гръбначни изкривявания
- провеждане на индивидуална програма за лечение на всички ученици с гръбначни изкривявания

**Превенция и лечение на заболяванията, водещи до нарушаване на психическото развитие на учениците**

**Превенция и лечение на острите заразни болести в училищната възраст**

**Превенция и лечение на хронични незаразни заболявания**

## 2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора (продължение)

### 2.6. Правилно насочване на младежите и девойките към подходяща професия или обучение и решаване на медико-социалните проблеми на учебното и професионалното ориентиране

Организиране на система от консултации за професионално ориентиране на учениците

Усъвършенстване на взаимоотношенията между здравната и образователната система при професионалното насочване на учениците с хронични заболявания

## **2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора (продължение)**

### **2.7. Осигуряване на приоритетни грижи за работещите млади хора**

**2.7.1. Осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд**

**2.7.2. Разширяване на грижите за укрепване на физическото и психическото здраве на младите работещи**

## **2. Формиране на физически и психически здрави подрастващи и млади хора (продължение)**

### **2.8. Профилактика и лечение на най-често срещаните заболявания**

**2.8.1. Укрепване и опазване на репродуктивното здраве**

**2.8.2. Профилактика на травматизма и злополуките сред подрастващите и младите хора**

**2.8.3. Създаване на условия за намаляване на тютюнопушенето и употребата на алкохол и наркотици, като основни рискови фактори за заболяванията, които възникват в младата възраст**

**3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.). Намаляване на смъртността от 5.24 през 2011 г. на 4.19 на хиляда през 2020 г. и на първичната инвалидност от 10.2 през 2011 г. на 8.2 на хиляда през 2020 г.**

**3.1. Подобряване факторите на работната среда, влияещи на здравето**

**3.1.1. Осигуряване на условия за физическа активност на работното място**

**3.1.2. Създаване на условия за пълноценен отдих**

**3.1.3. Осъвременяване на ергономична работна среда**

### 3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.) (продължение)

#### 3.2. Отстраняване на вредните за здравето фактори на работната среда

##### 3.2.1. Оптимизиране условията на труда и привеждането им в съответствие със здравните изисквания

Повишаване ролята и взискателността на здравния контрол при планирането, строителството и пускането в експлоатация на нови производствени мощности

Осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд

Внедряване на европейските методики и норми за измерване факторите на средата

Повишаване ролята и отговорността на НЦОЗА за разработване и внедряване на нови методи за измерване на физичните, химичните и биологичните фактори на средата

##### 3.2.3. Създаване на необходимите предпоставки за спазването на здравните норми и изисквания при земеделския труд

Разработване и въвеждане на национална програма за оздравяване на труда при земеделската дейност

Внедряване на целеви здравно-промотивни програми в различните отрасли на земеделското производство



### 3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.) (продължение)

#### 3.3. Отстраняване на вредните за здравето фактори на битовата среда

Привеждане на жилищата в съответствие със здравните изисквания. Извършване на оценка на физичните, химичните и биологичните параметри на жилищната среда и актуализиране на нормативната уредба чрез привеждането ѝ в съответствие с европейските здравни аспекти на проблема. Осигуряване на строг контрол за изпълнението на изискванията на законодателството в областта на жилищното проектиране и строителство.

Отстраняване на предпоставките и условията, водещи до битов травматизъм, изгаряния и отравяния

Премахване на вредните за здравето фактори, произхождащи от облеклото, козметичните средства, перилни, миешки препарати и други предмети за бита

**3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.) (продължение)**

**3.4. Рационализиране на храненето на населението в съответствие с научно-обоснованите здравни норми**

**3.4.1. Рационализиране на храненето при различните професионални групи от населението**

**3.4.2. Опазване на здравето от вредните примеси и добавки в хранителните продукти**

**3.4.3. Предпазване от болести, предавани чрез храната**

**3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.)  
(продължение)**

**3.5. Отстраняване на факторите, водещи до стресови ситуации**

**3.5.1. Отстраняване факторите на социалната среда, водещи до стресови ситуации**

**3.5.2. Отстраняване факторите на работната среда, водещи до стресови ситуации**

**3.5.3. Отстраняване факторите на битовата среда, водещи до стресови ситуации**

**3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.)  
(продължение)**

**3.6. Превенция и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял в структурата на общата заболеваемост и на заболеваемостта с временна неработоспособност**

**Превенция и лечение на острите респираторни заболявания и грипа**

**Превенция и лечение на заболявания на нервната система и сетивните органи**

**Превенция и лечение на травматизма, отравянията и някои други последици от въздействието на външни причини. Намаляване смъртността от тях от 38.4 на 100 000 население на 28.0 на 100 000 население**

**3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.) (продължение)**

**3.6. Превенция и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял в структурата на общата заболеваемост и на заболеваемостта с временна неработоспособност**

**3.6.4. Превенция и лечение на заболявания на храносмилателната система**

**Разработване и въвеждане в изпълнение на програма за профилактика на острите и хроничните заболявания на храносмилателната система**

**Диспансеризиране на всички болни от хронични заболявания на храносмилателната система и осигуряването им с комплексно лечение, вкл. и противорецидивно такова**

**Разширяване и осъвременяване на базата за болнично лечение и рехабилитация на болните със заболявания на храносмилателната система**

**Внедряване на нови ефективни методи за диагностика и схеми за лечение на най-разпространените и обществено значими заболявания на храносмилателната система**

### **3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.) (продължение)**

**3.6. Превенция и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял в структурата на общата заболяемост и на заболяемостта с временна неработоспособност**

**3.6.5. Психично здраве – профилактика на нарушения и лечение на психични и поведенчески разстройства**

**Ограничаване на стресовите ситуации и разработване и реализиране на антистресови програми. Разработване и реализиране на програми за психично здраве за групи с рискови възрасти, ситуации, професии**

**Разработване и реализиране на програми за различни групи психични разстройства**

**Продължаващо въвеждане на добрите практики при деинституционацията на пациенти с психични заболявания – целеви обучения за работа в екип (медицински специалисти, социални работници, полицаи, учители, здравни медиатори и др.). Работа в семейството на пациента. Работа в общността за работа в "Дневен център", "Защитено жилище"**

**Създаване на "Дневен център" и "Защитено жилище" в ДПБ за приемане на пациенти след проведено болнично лечение в ДПБ – ремонтни дейности в държавните психиатрични болници (ДПБ)**

### 3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастни групи (20 – 65 г.) (продължение)

#### 3.7. Превенция и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял сред причините за смъртност

##### 3.7.1. Превенция и лечение на хронични незаразни болести.

Организиране и провеждане на здравно-промотивна дейност за вредата от тютюнопушенето. Разширяване на формите и методите за държавно обществено въздействие върху пушещите

Активно наблюдение и системно комплексно лечение на всички лица с доказана артериална хипертония

Активно наблюдение и системно комплексно лечение на всички заболявания, водещи до промяна на липидния баланс, активно наблюдение и системно комплексно лечение на всички лица с наднормено тегло

Активно наблюдение и системно комплексно лечение на всички лица със захарен диабет

Инвестиции в инфраструктура и оборудване за домашно лечение на пациенти с хронични заболявания, довели до увреждане на жизненоважни функции (дихателна, невромускулна, бъбречна недостатъчност и други). Изграждане на звена към лечебните заведения за обслужване на пациентите с хронични заболявания в домашни условия

Активно наблюдение и периодично медицинско изследване на всички лица, във фамилната анамнеза на които има боледували от исхемична болест на сърцето и мозъчно-съдова болест

Повишаване ролята на организациите на гражданското общество, работодателите, семейството и отделната личност за отстраняване на стресовите ситуации от социален, професионален и битов произход

Ограничаване използването на перорални контрацептивни средства от жени над 40 г. възраст

Активно наблюдение на преболедувалите лица от коронарна болест и мозъчно-съдова болест и периодично провеждане на противорецидивни, вкл. и рехабилитационни дейности

Усъвършенстване на материалната база, оборудването и квалификацията на персонала от болничните отделения по кардиология, отделенията за инвазивна кардиология и ендоваскуларна терапия и интензивно лечение и болничните структури за рехабилитация на болни с инфаркт на миокарда и мозъчно-съдова болест

### 3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.) (продължение)

#### 3.7. Превенция и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял сред причините за смъртност

##### 3.7.1. Превенция и лечение на хронични незаразни болести (продължение)

Развитие на трансплантационните услуги – усъвършенстване на дейностите по трансплантация, осъществявани от ЛЗ, подобряване на материалната база и апаратурната обеспеченост на структурите, извършващи дейности по трансплантация, усъвършенстване дейността на ИАТ

Усъвършенстване дейността по извършване на трансплантация на хемопоеични стволови клетки – изграждане на център за лечение на левкемии и болести на имунната система

Подобряване на материалната база и обновяване на медицинската апаратура в диализните структури

Създаване на високотехнологични звена за диагностика и лечение на заболявания, основни причини за заболяемост и смъртност в страната

Разширяване на дейностите за продължително лечение и/или рехабилитация на хора с хронични заболявания на след активно болнично лечение

Подобряване процеса на обслужване в спешните отделения на лечебните заведения

Подобряване координацията на спешната медицинска помощ  
Продължаващо обучение на персонала от спешната помощ  
Изграждане и поддържане на съвременна инфраструктура на спешната медицинска помощ



### 3. Подобряване на здравето и работоспособността на хората в икономически активните възрастови групи (20 – 65 г.) (продължение)

#### 3.7. Превенция и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял сред причините за смъртност

##### 3.7.2. Превенция и лечение на болестите на злокачествените новообразувания.

Организиране и провеждане на здравно-промотивна дейност за вредата от тютюнопушенето. Разширяване на формите и методите за държавнообществено въздействие върху пушеците

Контрол и ограничаване консумацията на храни и хранителни добавки с доказан канцерогенен ефект.

Осъществяване на високо взискателен радиационен контрол над източниците на проникваща радиация и на работещите в среда с йонизиращи лъчения

Системен здравен контрол на работната среда и на надеждността на средствата за охрана на труда в производства, където има отделяне на канцерогенни вещества

Въвеждане на организиран популационен скрининг на най-често срещаните ракови заболявания, за които е доказано, че провеждането на скрининг е удачен начин на ранна диагностика

Контрол за недопускане замърсяване на питейните водоизточници и на водоемите с потенциално канцерогенни промишлени и селскостопански отпадъци

Усъвършенстване на системата от мерки за опазване чистотата на въздуха и особено от замърсяването му с потенциални канцерогени

Активно наблюдение и периодично медицинско изследване на лицата във фамилната анамнеза, на които има раково болни

Разширяване и осъвременяване на базата и апаратурата в онкологичната мрежа. Осигуряване с добре подготвен персонал. Внедряване на съвременни методи за ранна диагностика на злокачествени новообразувания и за тяхното ефективно лечение. Диспансеризиране и комплексно лечение на лица с преинвазивни заболявания и злокачествени новообразувания

**4. За дълъг живот в добро здраве. Намаляване на заболяемостта при възрастните хора (над 65 години) и делът на нуждаещите се от чужда помощ сред тях. Сnižение на хоспитализациите в тази възрастова група от 452.8 на хиляда през 2011 г. на 362.2 на хиляда през 2020 г.**

**4.1. Осигуряване на здравословен стил на живот при възрастните хора**

**Осигуряване на активен двигателен режим на възрастните хора**

**Разширяване обхвата на хората над 65 год. възраст в системни физкультурни занимания и туризъм**

**Обособяване към звената за физикална терапия и рехабилитация в лечебните заведения за извънболнична помощ на сектори за оздравителна дейност**

**Подобряване храненето на възрастните хора**

**Разработване и широко популяризиране на научно обосновани схеми за здравословно хранене на възрастните хора**

**Разширяване асортимента на готовите диетични храни за възрастни**

**По-широко популяризиране на основните принципи на здравното поведение на възрастните хора**

**Усъвършенстване на формите, методите и средствата на здравно-промотивната дейност за изграждане на здравословен стил на живот и за предпазване от падания и травми**

**Разширяване на асортимента от облекло и обувки за възрастни хора. Осигуряване на по-голямо разнообразие на пособия и средства за поддържане на личната хигиена за хигиенно самообслужване на възрастни**

**4. За дълъг живот в добро здраве. Намаляване на заболяемостта при възрастните хора (над 65 години) и дела на нуждаещите се от чужда помощ сред тях (продължение)**

**4.2. Увеличаване относителния дял на възрастните хора, способни да се обслужват самостоятелно**

**4.2.1. Ограничаване факторите на зависимостта, свързани със заболяване**

Организиране на гериатрични консултации в лечебните заведения за първична медицинска помощ

Разработване и привеждане в изпълнение на организационна схема за провеждане на гериатричен скрининг с оглед откриване на някои субективно неизявени нарушения в здравето на възрастните хора: глаукома, захарен диабет, анемични състояния, слухови нарушения, депресивни състояния и др.

Комплексно лечение (вкл. противоречиво такова) на заболяванията водещи до ограничена активност на възрастните хора

**4.2.2. Ограничаване на социалните и психологичните фактори на зависимостта**

Повишаване ролята и отговорността на семейството и организациите на гражданското общество за превъзможване на стресовите ситуации от битов и социален произход

Въвеждане в действие на организационна схема за реализиране на геронтопсихиатрични програми в лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ

Широко популяризиране на обществени инициативи и форми за намаляване социалната изолация на възрастните хора

**4. За дълъг живот в добро здраве. Намаляване на заболяемостта при възрастните хора (над 65 години) и дела на нуждаещите се от чужда помощ сред тях (продължение)**

**4.3. Превенция на грипа и пневмониите – най-чести причини за настъпване на преждевременна смърт сред възрастните хора**

**Увеличаване на неспецифичните и специфични защитни сили на възрастния организъм спрямо грипа и**

**Усъвършенстване на организацията за ранна диагностика и своевременно комплексно лечение на ОРЗ, грипа и пневмониите**

**4. За дълъг живот в добро здраве. Намаляване на заболяемостта при възрастните хора (над 65 години) и дела на нуждаещите се от чужда помощ сред тях (продължение)**

**4.4. Интегрирани структури за обслужване на възрастни хора**

**Развитие на мрежа от услуги в семейна или близка до семейната среда за хора с увреждания и възрастни хора, зависими от грижите на професионалисти**

**Изграждане на структури за интегрирани домашни грижи за възрастни хора**

**VI. МОНИТОРИНГ НА  
ЕФИКАСНОСТТА ОТ ДЕЙНОСТИТЕ  
(ИНТЕРВЕНЦИИТЕ) ПО  
ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА  
СТРАТЕГИЧЕСКАТА РАМКА ЗА  
РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО  
И ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО НА  
НАЦИЯТА ПРЕЗ ПЕРИОДА  
2014-2020 Г.**

Изпълнението на „Стратегическата рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.“, като цяло и на резултатите от интервенциите във всяка от петте здравно-политически цели изисква системна оценка. В най-общи линии тази оценка ще бъде насочена към:

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

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

## **ПЪРВА ГРУПА:**

### **ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ**

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

- ❖ детска смъртност;

*в това число:*

- перинатална;
- неонатална;
- постнеонатална;

- ❖ обща смъртност;

- ❖ смъртност по възрастови групи:

*в това число:*

- от 1 до 9 години;
  - от 10 до 19 години;
  - от 20 до 65 години;
  - над 65 години;
- ❖ смъртност по причини – общо и за всяка възрастова група;
  - ❖ очаквана средна продължителност на предстоящия живот;
  - ❖ честота на спонтанните аборти и на абортите по желание;
  - ❖ относителен дял на излекуваните стерилни семейства, спрямо общия брой на бездетните такива във фертилна възраст.

#### ***Б. Показатели за начина на живот.***

- ❖ консумация на тютюневи изделия на човек от населението;
- ❖ консумация на алкохол на човек от населението;
- ❖ наркомании сред младежите;
- ❖ заболяемост от болести, предавани по полов път;
- ❖ брой на лицата включени във физически упражнения и спорт.

#### ***В. Показатели за „качество на живот”.***

- ❖ показатели за първична инвалидност по възраст и причини;
- ❖ показатели за обща инвалидност по възраст и причини;
- ❖ показатели за временна неработоспособност: честота на случаите, честота на загубените дни, средна продължителност – общо и по причини;
- ❖ показатели за отсъствието на ученици от учебни занятия поради заболяване – по причини;
- ❖ относителен дял на лицата над 65 години, способни да се обслужват самостоятелно;



- ❖ относителен дял на хората, обитаващи жилища, отговарящи на изискванията за водоснабдяване и канализация;
- ❖ заболяемост от болести, предавани чрез водата или предизвикани от контаминирани с вредни агенти храни;
- ❖ относителен дял на хората, живеещи в зони с увреждащи здравето замърсители на екологичната среда.

## **ВТОРА ГРУПА:**

### **ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА ОТ ДЕЙСТВИЯТА, НАСОЧЕНИ КЪМ ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА БОЛЕСТИТЕ.**

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

*Б. Заболеваемост от други заразни болест.*

*В. Относителен дял на ранно диагностицираните социално-значими заболявания спрямо общия масив на новооткритите такива.*

*Г. Заболеваемост от хронични незаразни болести и увреждания:*

- на органите на кръвообращението;
- злокачествени новообразувания;
- захарен диабет;
- хронична обструктивна белодробна болест;
- травми и злополуки.

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

### **ТРЕТА ГРУПА:**

#### **ИЗГОТВЯНЕ И ПРИЛАГАНЕ НА ИНТЕГРИРАНИ (ОБОБЩЕНИ) ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ОЦЕНКА НА ЕФЕКТИВНОСТТА ОТ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ПЕТТЕ НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНО-ПОЛИТИЧЕСКИ ЦЕЛИ.**

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

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

\*

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

## ***РЕЗЮМЕ***

**Основополагаща позиция** на „Стратегическата рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 г.” е разбирането, че сложните и преплетени проблеми на здравето, които са винаги многофакторно обусловени, наложително изискват ясна представа за подходите и времевите параметри за тяхното решаване. Това е още по-необходимо, като се има предвид, че в случая се отнася до проблеми, които са от жизнено значение за нацията и че забавеното им решаване подкопава биологичните устои на българския народ.

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

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

**Приоритетно акцентът** в петте здравно-политически цели се поставя върху развитието на промоцията на здравето и профилактиката на болестите с ангажиране както на държавните органи и местното самоуправление в областта на социалната политика, образованието и екологията, така също бизнесът и неправителствените организации в цялото им многообразие и здравната система с нейните профилактични, лечебни и медико-социални структури.

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

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

**Очакваните резултати** от изпълнението на петте здравно-политически цели включват позитивни промени в здравето на децата до 1-годишна възраст, на децата от 1 до 9-годишна възраст, на юношите и младите хора от 10 до 20-годишна възраст, на лицата в икономически-активната възрастова група от 20 до 65 години и на хората във възрастовата група над 65 години.

**Изпълнението на петте здравно-политически цели** значително ще подпомогне позитивирането на индикаторите за здравното състояние

на нацията и приближаване на стойностите им до тези на страните от Европейския съюз.