



REDUCING DISPARITIES | STRENGTHENING COOPERATION

ПРОЕКТ

**ПРОГРАМНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ
ПО ПРИОРИТЕТНИ ОБЛАСТИ 13 И 27 „ИНИЦИАТИВИ ЗА ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”,
ФИНАНСИРАНИ ОТ НОРВЕЖКИЯ ФИНАНСОВ МЕХАНИЗЪМ И ФИНАНСОВИЯ МЕХАНИЗЪМ НА
ЕВРОПЕЙСКОТО ИКОНОМИЧЕСКО ПРОСТРАНСТВО 2009-2014**

**EEA and Norwegian Financial Mechanisms 2009 –
2014**



Съдържание:

1	ПРОГРАМНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ	5
1.1	РЕЗЮМЕ	5
1.2	ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ	5
1.3	РЕЛЕВАНТНОСТ НА ПРОГРАМАТА	5
1.4	ОБОСНОВКА НА ПРОГРАМАТА	6
1.4.1.1	Публични и частни структури в програмната област	15
1.4.1.2	Законодателство, касаещо програмната област	15
1.4.1.3	Държавни помощи и обществени поръчки	16
1.4.2	Обосновка на програмната стратегия	18
1.5	Цели и индикатори на ПРОГРАМАТА	20
1.5.1	Програмна област: Инициативи за обществено здраве	20
1.5.2	Очаквани дългосрочни резултати на Програмата	20
1.5.3	Резултати на програмата	22
1.6	Целеви групи на ПРОГРАМАТА	31
1.7	РИСКОВЕ И ЗАПЛАХИ	33
1.8	ДВУСТРАННИ ОТНОШЕНИЯ	38
1.8.1	Партньори на програмно равнище	38
1.8.2	Партньори на проектно равнище	38
1.9	ПРЕДЕФИНИРАНИ ПРОЕКТИ	38
1.10	МАЛКИ ГРАНТОВИ СХЕМИ	38
1.11	ХОРИЗОНТАЛНИ ВЪПРОСИ	39
1.11.1	Добро управление	39
1.11.2	Опазване на околната среда	39
1.11.3	Икономическа устойчивост	39
1.11.4	Социална устойчивост	39
1.11.5	Равенство между половете	39
1.12	Мониторинг на проектите от Програмния оператор	39
1.13	ИНФОРМИРАНЕ И ПУБЛИЧНОСТ	41
1.14	УПРАВЛЕНИЕ	42
1.14.1	Управленска структура	42
1.14.2	График на изпълнението	43
1.14.3	Покани за подаване на проекти предложения	44
1.14.4	Избор на проекти	45
1.14.5	Финансово управление	46
1.14.6	Промяна на проекти	47
1.15	БЮДЖЕТ	47
1.15.1	Бюджетни пера	47
1.15.2	Авансово плащане	49
1.16	ПРЕГЛЕД НА НЕОБХОДИМИТЕ АНЕКСИ КЪМ ПРОГРАМНОТО ПРЕДЛОЖЕНИЕ	50
1.17	ПОДПИСИ	50
	АНЕКС I - ТАБЛИЦА НА СЪКРАЩЕНИЯТА	56
	АНЕКС II – МОНИТОРИНГОВ ПЛАН	59
	АНЕКС III - КОМУНИКАЦИОНЕН ПЛАН	62
	АНЕКС IV - СХЕМИ НА УПРАВЛЕНСКАТА СТРУКТУРА	69

АНЕКС V-АВТОБИОГРАФИИ НА КЛЮЧОВИТЕ ЕКСПЕРТИ НА ПО.....	71
АНЕКС VI - СТАТИСТИЧЕСКА ИНФОРМАЦИЯ	72

1 Програмно предложение

1.1 Резюме

Ще бъде изготвено последно.

1.2 Основна информация

- **Име на програмата:** *Интегриран подход за подобряване на общественото здраве в България*
- **Приоритетни области 13 и 27 „Инициативи за общественото здраве“**
- **Име на програмния оператор:** Министерство на здравеопазването
- **Идентификационен номер на програмата:** 007
- **Програмен партньор:** Световна здравна организация (СЗО) на етап подготовка на Програмното предложение.

1.3 Релевантност на програмата

- **Обща цел на финансовия механизъм на ЕИП и Норвежкия финансов механизъм:** да допринесе за намаляване на икономическите и социални различия в ЕИП и да укрепи двустранните отношения между страните-донори и страните-бенефициенти чрез финансово подпомагане в избраните определени приоритетни сектори:
- (а) защита на околната среда и управление;
- (b) промени в климата и възобновяема енергия;
- (c) гражданско общество;
- (d) човешко и социално развитие;
- (e) защита на културното наследство.

Цел на програмната област

Съгласно Меморандумите за Норвежкия финансов механизъм и финансовия механизъм на ЕИП и Република България:

Програмна област: „Инициативи за общественото здраве“

Цел: Подобро обществено здраве и намалени здравни неравенства с **фокус върху 5 области:**

- Репродуктивно здраве;
- Детско здравеопазване;
- Психично здраве;
- Подобряване на управлението в сферата на здравеопазването и
- Специфичните предизвикателства за здравето на ромите.

Законодателство и национални приоритети

Програмното предложение отразява приоритетите на Правителството на Република България, заложи в следните програмни документи:

- Програма на правителството на европейското развитие на България (2009-2013);
- Национална програма за реформи (2011-2015);
- Национален план за развитие (2007-2013);
- Национална стратегия за демографско развитие;
- Национална стратегия за детето 2008-2018;
- Национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (2010-2025);
- Национална здравна стратегия 2008-2013 г. и план за действие към нея;
- Национална здравна карта на Република България (2011);
- Национална политика за психично здраве и План за действие 2006-2012г.;

- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции (СПИ) в Република България в периода 2008-2015;
- Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства 2005-2015г. и Планове за действие към нея.

1.4 Обосновка на програмата

Намаляването на неравенствата в здравеопазването и подобряването на общественото здраве са приоритет на всяка здравна система. Имайки предвид ограничението на ресурсите в световен мащаб, важно е да се използва стратегически подход при разходването на средства, което да показва рационалното и високо ниво на постигнатите резултати. Предвидените интервенции по приоритетни области ще допълват интервенциите, които ще бъдат заложи да бъдат финансирани от Структурните фондове през следващия програмен период (2014-2020 г.) в рамките на Европейския социален фонд и Европейския фонд за регионално развитие.

1.4.1.Предизвикателства и анализ на нуждите

След промените през 1989г., здравеопазването в България се развива неравномерно, като реформите и финансирането в редица сектори изостават поради различни причини. От друга страна, през последните години се наблюдават някои негативни тенденции, на които МЗ трябва да намери адекватен отговор. Особено належаща е нуждата от интервенция в областта на репродуктивното здраве, детското здраве и психичното здраве, както и по отношение на достъпа на ромите до качествено здравеопазване. Освен това, електронизирането на управлението в някои сектори на здравеопазването създава предпоставки за адекватно планиране и управление на разходите за заболяванията, подобряване на качеството на провежданото лечение, профилактиката на усложненията и рехабилитацията на пациентите.

ПОДОБРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНИЕТО В СФЕРАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Подобряване на информационното обслужване в здравеопазването
Към настоящия момент по отношение информационното обслужване в здравеопазването се открояват следните проблеми и потребности:

Подобряване на профилактиката на ваксинапредотвратимите болести

Сериозен проблем при управлението на здравната система е намаляването на ваксиналния обхват с основните имунизации в детска възраст и с реимунизации в по-горните възрастови групи. В случай, че тази тенденция продължи, то в дългосрочен период ефектът върху работоспособността на населението и респективно върху нивото на БВП ще бъде значителен.

Липсва единна електронна база данни за отразяване на реално извършените имунизации и предстоящите такива, която да позволява адекватни интервенции на ниво държава с цел предотвратяване на възможни епидемии от заразни заболявания.

Въпреки, че в страната са създадени необходимите условия за осигуряване на безплатни и качествени високоефективни ваксинални препарати, налице са редица проблеми. Анализите на положението през последните години очертават намаляване на ваксиналния обхват с основните имунизации в детска възраст и с реимунизации в по-горните възрастови групи. Това води след себе си до натрупване на неимунизиран контингент и създаване на риск от възникване и разпространение на епидемии, за чието овладяване се отделя допълнително финансов ресурс.

Създаване на система за регулиране на изграждането и функционирането на обекти, източници на нейонизиращи лъчения, в съответствие с нормативните изисквания

Друг проблем е липсата на електронна система за отразяване на обектите, излъчващи електромагнитни лъчения в съответствие с приетата от Съвета на 12 юли 1999 г. Препоръка 1999/519/ЕО за ограничаване на експозицията на населението на електромагнитни полета, която се основава на нормите, създадени и въведени от Международната комисия по защита от нейонизиращи лъчения (ICNIRP). С посочения акт се въвежда набор от изисквания за осигуряване на насоки за държавите-членки и основа за законодателството на Европейския съюз по отношение безопасността на населението. Осигуряването на контрол върху степента на излъчване на електромагнитни вълни от уреди и съоръжения, които по своето основно предназначение излъчват, пренасят или трансформират електромагнитна енергия има важно значение, тъй като тя може да въздейства неблагоприятно върху здравето на хората. Препоръката изисква от държавните органи да осъществяват мониторинг на стойностите на електромагнитни полета и да контролират дали те не надвишават установените максимално допустими стойности.

Създаването и поддържането на публична информационна база с данни за обектите с излъчващи съоръжения ще предостави възможност на всеки гражданин да получава информация за нивата на електрическите, магнитните и електромагнитните полета, без да е необходимо да доказва конкретен интерес.

С изграждането на информационна система се цели предоставяне на своевременна и достоверна информация на населението по отношение на базовите станции и други източници на нейонизиращи лъчения в населените места, както и резултати от извършения върху тях контрол от страна на държавните органи.

Предвид значението на нейонизиращите лъчения като фактор на жизнената среда, Министерство на здравеопазването подготви изменение на Закона за здравето, свързано със създаването на нов раздел „Защита от въздействието на нейонизиращи лъчения“ и нова Наредба за максимално допустимите нива на електрически, магнитни и електромагнитни полета в жизнената среда,

В проекта на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравето са отразени основните положения, залегнали в Препоръка 1999/519/ЕО. С проекта на нормативен акт се определят здравни изисквания към обектите с излъчващи съоръжения, които по своето основно предназначение излъчват, пренасят или трансформират електромагнитна енергия.

Бързото навлизане на новите технологии в последните години във всички области на обществения живот и особено навлизането на комуникационните технологии, предопределиха нарастване на загрижеността на населението по отношение на риска от въздействието на електромагнитни лъчения.

Подобряване на системата за контрол и лечение на захарния диабет

В България липсва Национален регистър на пациентите със захарен диабет, което прави невъзможно доброто планиране на здравни стратегии и бюджети, касаещи захарния диабет. Информацията за пациентите е разпокъсана, не се структурира и не се индексира правилно по определени критерии и признаци, липсват достатъчно обхватни бази данни, които да обслужват различни аспекти на лечебно-диагностичния процес и рехабилитацията на диабетиците. Не са налице възможности за извършване на задълбочени анализи и провеждането на адекватна здравна политика основана на доказателствата.

Създаването на регистъра ще позволи адекватно планиране и управление на разходите за заболяването, подобряване на качеството на провежданото лечение, профилактиката на усложненията и рехабилитацията на пациентите със захарен диабет.

Подобряване на системата за профилактика, навременна диагностика, лечение и рехабилитация на хората с редки болести

Редките болести представляват сериозен проблем за медицинските специалисти, за самите пациенти и техните семейства, за обществото като цяло и за националната здравна система. За всички

засегнати групи, проблемите могат да бъдат обобщени в следните три категории: недостатъчна информация, закъснение в поставянето на диагнозата и липса на лечение. Към момента в България, няма адекватна и пълна информация относно епидемиологията на редките болести. Основната причина за това е липсата на единен регистър на национално ниво, както и косвено непълнотата на Международната класификация на болестите (МКБ), в която огромен брой редки състояния не са описани и нямат собствен код. Този дефицит особено осезаемо затруднява процесите на планиране и организиране на здравните услуги за редки болести (превенция, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация).

Основната цел на Националния регистър за редки болести е да осигурява актуални и достоверни епидемиологични данни за заболяемостта от редки болести в България, за броя пациенти, тяхното разпределение в страната и нуждите от здравни грижи. Получената информация ще даде пълна картина за състоянието на медицинските дейности за редки болести в страната, тяхната ефективност и икономическа полезност. Пациентите ще могат да бъдат надеждно проследявани както в рамките на националната здравна система, така и извън нея – например при получаване на здравно обслужване извън България. НРРБ ще създаде условия за обозначаването и функционирането на експертни центрове по редки болести към лечебните заведения у нас и тяхното интегриране в европейските референтни мрежи. Освен това, обобщавана информация от регистъра ще подпомогне изработването на диагностични и терапевтични протоколи и стандарти за лечение на редките болести, ще съдейства на МЗ, МТСП и НЗОК при планиране и осигуряването на скъпоструващо лечение и медицински грижи на пациентите с редки болести, ще подобри взаимодействието между здравните служби и пациентските асоциации, ще позволи планиране и сравнение на регионално, национално и европейско ниво.

Подобряване на системата за психиатрично обслужване на гражданите на България и опазване на психичното им здраве

Събирането на епидемиологични данни за разпространеността на психичните заболявания в страната и осъвременяване на съществуващата база данни (ЕПИБУЛ 2003-2005 г.) ще даде научни доказателства за адекватното разполагане и планиране на психичноздравните услуги, съобразно идентифицираните нужди на населението.

Анализът и картирането на съществуващите служби за социално и психичноздравно обслужване ще снабди с надеждна информация регионалното и централно административно управление на мрежата от услуги и професионалисти, ще подобри достъпа до тези услуги, ще информира населението за тяхното съществуване на базата на реалните им потребности и ще избегне дублирането на дейности от различни доставчици на социални и психичноздравни услуги.

Идентифицираната като ключов проблем при диагностицирането и справянето с депресията и опитите за самоубийство липса на умения за разпознаване, лечение и/или насочване на лица с психични разстройства от страна на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) ще бъде преодоляна чрез целеви програми за обучение. Очакванията са подобряването на уменията за разпознаване и справяне с различни психични разстройства на ОПЛ да доведе до увеличаване на броя на направленията към психиатър от общопрактикуващите лекари с до 5%, а увеличаването на броя на насочвания на клиенти от медицинските служби към социалните служби да достигне 10%.

Подобряването на координацията между участващите институции и организации чрез по-добрата административна подкрепа ще оптимизира броя и вида на наличните във всеки район на страната психично-здравни услуги, центрове и специалисти.

В крайна сметка ще настъпят значителни промени в ежедневната практика на обслужване и лечение в общността на психично болните хора и намаляване на броя на им в институциите с 10%. Така процесът на деинституционализацията в България може да постигне видим прогрес и страната ще отговори на изискванията на международните ни партньори (ЕК, СЗО, правозащитните организации) за създаване на мрежа от психично-здравни услуги в общността и ограничаването на ролята на

институционалното обслужване до необходимия минимум. Тези цели са залегли както във все още действащата Национална политика за психично здраве 2006-2012 г, така и в концепцията за нова Политика за психично здраве 2013-2020г.

РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ

В репродуктивното и сексуално поведение на населението се наблюдават някои негативни тенденции, които имат съществено значение върху репродуктивното здраве на населението. По-важните от тях са: намаляване на раждаемостта в България, намаляване на родилния контингент (жени на възраст от 15 до 49 години); увеличаване броя на злокачествените заболявания на репродуктивната система при жените, повишаване процента на сексуално предаваните инфекции, снижаване възрастта на започване на полов живот, повишаване честотата на забременяванията и на абортите и в най-младата детеродна възраст (15-19 годишните), ниска честота на използване на модерни методи и средства за предпазване от нежелана бременност и сексуално предавани болести; незадоволително ниво на информираност и познания за начините за предпазване от нежелана бременност и сексуално-преносими инфекции (Виж Анекс 6).

Всички тези проблеми налагат предприемане на мерки за подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве от най-ранна възраст. Липсата на систематичен специфичен подход при предоставянето на услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, подходящи за младите хора от 12 – 25 г., е сериозен проблем. Съществуващата към момента здравна система не отразява спецификите на тази целева група, недостатъчно добро е качеството и достъпността на младите хора до лечебно-консултативни и информационно-образователни услуги по репродуктивно здраве, които са специфични за тяхната възраст, особено в по-малките населени места (ПРООН, МЗ, 2002 г.).

Извънболничното обслужване на българските граждани се осъществява от общопрактикуващи лекари и лекари специалисти. В много от случаите те са семейни лекари и осигуряват здравното обслужване на цялото семейство, което създава предпоставка за страх от страна на младите хора, че ще бъде нарушена конфиденциалността на проблема, който поставят. Достъпът на младите хора до лекар специалист – акушер-гинеколог, венеролог и други специалисти също е затруднен, особено за живеещи в отдалечени и труднодостъпни райони, както и за хората от уязвими групи.

Основните услуги, предназначени за млади хора, които се предлагат в момента са:

- Кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН /КАБКИС/ - 19 бр., които се намират основно в областните градове. Те са финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария и предоставят услуги по изследване и превенция на инфектирането с ХИВ.
- Здравно-социални центрове – 6 бр., в които се предоставят услуги по превенция на ХИВ/СПИН. Те са финансирани от Програма «Превенция и контрол на ХИВ/СПИН».

Освен услуги по превенция на ХИВ/СПИН, младите хора и уязвимите групи се нуждаят и от комплексна интегрирана здравна услуга по отношение на семейно планиране и контрацепция. В Република България липсват **специфични здравни услуги за млади хора от 12 – 25 г., които да предлагат цялостен и комплексен подход към проблемите на тази целева група в сферата на сексуалното и репродуктивно здраве.**

ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Постигането на резултатите в областта на детското здравеопазване следва да допринесат за намаляване на следните негативни тенденции:

Висока детска смъртност – по данни на НЦОЗА достигнатото равнище на детската смъртност (8,5‰ – 2011 г.) през последните 4 години е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България, но все още е доста по-високо отколкото в ЕС – 4,27 ‰. Една от основните причини за високата детска смъртност е остарялата материална база в медицинските структури, имащи отношение към

акушеро-гинекологичната и неонатологичната помощ. Внедряването на съвременните постижения в областта на диагностиката и повишаването на професионалната квалификация на лекарите в областта на акушерството и гинекологията, и неонатологията са необходими условия за подобряване на качеството на предоставяните здравни услуги. Неонаталната и майчина смъртност и заболяемост са индикатори на съществуващите неравенства в Европейския съюз. Внедряването на съвременните постижения в областта на акушерството и гинекологията и неонатологията са необходими условия за подобряване на качеството на предоставяните здравни услуги и намаляване на неравенствата.

Вродени малформации - Родените деца с вродени аномалии (пороци на развитието, деформации и хромозомни аберации) са 164,2 на сто хиляди. Именно поради това значимостта на пренаталната диагностика за намаляване на детската смъртност е голяма. През 2011 г. по Национална програма за редки болести 2009 – 2013 г. са извършени 21 870 биохимични скрининга при бременни жени за синдром на Даун и още пет хромозомни болести, дефекти на коремната стена и невралната тръба, при което са установени 61 бременности с вродена тежка патология на плода. За осигуряване на своевременна и точна пренатална диагностика е наложително наличието на високо-технологична ехографска апаратура и обучени АГ-специалисти, както и преодоляването на ограничения към момента лабораторен капацитет за цитогенетичен анализ. При обхващане на всички бременни ще се налага извършване на около 3000 – 4000 цитогенетични изследвания годишно. Към момента капацитета е около 1500 изследвания. По тези причини към момента достъпът на бременните жени до пренатална диагностика е силно ограничен, както поради недостатъчния брой налични апарати, така и поради липса на достатъчно квалифицирани специалисти, които да работят с нея

Неонатологичната помощ в България е уредена с Медицински стандарт по неонатология, който предвижда различни нива на компетентност на дейността в отделенията на болниците, които обслужват малки населени места, на тези на областно и на междуобластно ниво. От това произхожда потребност от съответно оборудване и квалификация на специалистите за болниците.

В момента в страната има 30 болници, в които има неонатологични отделения от II ниво. Там се грижат за недоносени деца от 28 до 32 седмица. Недоносените деца под 28 седмица и тези в тежко състояние се настаняват в интензивните неонатологични отделения в 6 болници, които разполагат с неонатологични структури от трето ниво. Настоящото оборудване в по-голяма част от неонатологичните отделения II ниво и отделенията за специални грижи в страната е амортизирано и морално остаряло. Освен това, все още няма пълно оборудване във всички отделения с неонатални монитори и апарати за назален СРАР (постоянно положително налягане в дихателните пътища). Осигуряването на техническо оборудване е необходимо за да се отговори според обема на дейността на изискванията и възможностите за интензивно лечение, така както са постановени в Медицинския стандарт по Неонатология.

Съгласно съвременните изисквания и препоръки¹, неонатологичните отделения от III ниво, в които се концентрират за лечение децата с по-тежка степен на недоносеност и тези, изискващи интензивно лечение, трябва да разполагат със специфична високо-технологична апаратура. Задължителното наличие на апаратура е разписано в Медицинския стандарт по Неонатология който предстои до края на 2012 година да бъде актуализиран с изисквания за допълнително наличие на високо-технологична апаратура.

Друга тревожна тенденция е големият брой на децата до 16-годишна възраст, освидетелствани и признати с първична инвалидизация. През 2010 г. те са 3 833 или 3,5/1000, а през 2011 г. броят им се е увеличил на 4797.

¹EFCNI White Paper on Maternal and Newborn Health and Aftercare Services, Европейска фондация за неонатални грижи, Бяла книга за майчино и детско здравеопазване

Намалението на слуха е едно от най-често срещаните вродени заболявания и придобити увреждания в неонаталния период, които остават актуален медицински, социален и икономически проблем. Ранната диагностика на децата с увреден слух и последващото лечение е съвременно решение и позволява развитието на речта и говора, емоционално, психично, социално и умствено развитие на личността, както и вграждането им в нормалната среда на чуващите. Честотата на децата с вродени слухови увреждания е между 2 – 4 на 1000 новородени деца. Трайните детски слухови увреждания са сериозен обществено значим здравен проблем, засягайки най-малко едно бебе на 1000 новородени. Приема се, че провеждането на изследванията и резултатът от последващата профилактика са най-успешни в първите месеци след раждането. Откриването чрез скринингови изследвания, проведени скоро след раждането, на слуховите увреждания дава възможност да се подобри качеството на живота и перспективите на развитие в личен и обществен план на засегнатите деца. Методите за идентификация на трайните слухови увреждания в неонаталната възраст са ефективни и може да се очаква, че установяват най-малко 80 % от случаите с трайни слухови увреждания, докато неточните резултати са при 2-3 % от нормално чуващите бебета. Неонаталното изследване в АГ клиники/отделения са по-ефективни и по-евтини отколкото по-късно извършените изследвания след 7 - 9 месеца.

Детска церебрална парализа (ДЦП) – Честотата на ДЦП е 2-2,6/1000 живородени деца. Децата родени с пре- и перинатална патология следва да се насочват за ранна диагностика към специализирани лечебни заведения, където диагностиката се осъществява от екип от специалисти, който изработва и провежда програма за цялостна диагностика, лечение и комплексна медико-педагогическа рехабилитация, контролира провеждането ѝ, обучава родителите и ги включва в рехабилитационния екип.

Към момента у нас има само едно специализирано лечебно заведение за лечение на деца с ДЦП – СБДПЛРДДЦП „Св. София“ в гр. София. Рехабилитационно лечение на деца с ДЦП се осигурява и в Специализираната болница за рехабилитация-гр. Котел, Специализирана болница за рехабилитация – Момин проход, както и в отделенията по физиотерапия и рехабилитация в областните многопрофилни болници за активно лечение.

Поради липсата на достатъчно обучени специалисти, особено в областта на кинезитерапия, рехабилитация и специална педагогика, както и недостатъчно и морално остаряло оборудване на лечебните заведения, ангажиращи се с рехабилитацията на тези деца, голяма част от децата са лишени на практика от осигуряване на качествено съвременно лечение. Към това се добавя и затруднения достъп на децата, живеещи в малките населени места, на чиито родители се налага пътуване и продължително отсъствие от работа за да осигурят престой в специализирано лечебно заведение за децата си. Необходими са интервенции по оборудване и обзавеждане на по-голям брой специализирани услуги, които да гарантират достъп на децата с ДЦП до качествена медико-психологическа рехабилитация, както и обучение на специалистите по прилагане на съвременните методи на лечение.

Друга група с подобен проблем – **липса на алтернативна грижа за деца, които се възстановяват след лечение на онкохематологично заболяване**. В България ежегодно се разболяват между 150 до 200 деца от 0 до 18 годишна възраст. След процеса на лечение на децата и родителите се нуждаят от специализирана помощ за рехабилитация и социална реинтеграция.

В България няма официална статистика за броя на децата страдащи от **абнормности в социалните взаимоотношения и комуникацията**, т.н. деца с аутистично поведение. Честотата на аутизма в световен мащаб възлиза на около 20-60 случая на 10 000 деца (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004), като се наблюдава тенденция към увеличаване. Очакванията са, че същата честота и разпространение на заболяването може да се наблюдава и у нас. Диагностиката и лечението на аутизма изисква компетентното участие на голям брой специалисти в различни области на медицината

(психиатри, невролози, педиатри, генетици, специалисти по образна диагностика), както и квалифицирани клинични психолози. В момента компетентна диагностика се извършва единствено в София в Детско-юношеска психиатрия "Св. Никола" на Александровска болница.

Сериозен е и броят на страдащите от хранителни разстройства младежи (**анорексия и булимия**). От анорексална заболяват 8 до 13 човека на 100 000 души годишно. Заболяването засяга предимно момичета в юношеска възраст, като между 15 и 19 годишна възраст се проявяват 40% от всички случаи. Анорексална невроза често се придружава от психични и физически заболявания, като депресия, тревожност, маниакално поведение, злоупотреба с вещества, сърдечносъдови и неврологични усложнения и нарушено физическо развитие

В България липсва точна статистика за точния брой на засегнатите от хранителни разстройства. По оценка на специалисти 150 хил. са младите хора в страната, които страдат от анорексия и булимия, при които обикновено се отлага лечението и вземането на мерки става едва при животозастрашаващите фази на болестта. Липсата на информация за тези заболявания, кара много хора да negliжират този проблем, а те могат да бъдат разрушителни и понякога необратими.

В България не са налични специални медицински звена, които да поемат засегнатите от тези заболявания, които са предимно млади хора - като например специализирана болница за лечение на хранителни разстройства (анорексална невроза и булимийна невроза); създаване на дневен център за долекуване; запознаване на обществеността със симптомите, рисковете от забавяне на терапията, важноста на навременното лечение.

Горецитираните проблеми засягат следните специфични целеви групи: деца и техните семейства, страдащи от хронични, генетични и ментални заболявания.

Освен установените по-горе нужди от подобряване на грижите за деца с тежки заболявания се откроява и необходимостта от подобряване на здравни услуги в общността, насочени към различни уязвими групи.

ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

Една от сериозно изоставащите области в цялостната здравна система в България е сферата на психичноздравните услуги и психичното здраве като цяло. След период на известна активност в реформирането на психиатричната система на обслужване и въвеждане на принципите на модерната психиатрия в страната настъпи период на относителен застой, свързан основно с липса на средства за продължаване на реформите. Липсата на национална координация на провежданите дейности от различни ведомства доведе до създаване на паралелни услуги за една и съща целева група – хората с психични увреждания, без да има връзка между изпълнителите на тези услуги и оценка на крайния ефект от различните интервенции. От друга страна, съществуващите психиатрични служби не са ориентирани в достатъчна степен да посрещат нуждите от лечение на т.нар. чести психични разстройства свързани с умерени форми на депресии и тревожност водещи не толкова до увреда на социалното функциониране и загубата на социалния статус, колкото до намаление на трудоспособността, снижаване качеството на живот, задълбочаващи се маладаптивни модели на поведение и повишен ежедневен стрес.

В схематичен порядък проблемите в областта на психиатричното обслужване и психичното здраве на гражданите в България могат да бъдат очертани като предизвикателства от организационен, инфраструктурен, финансов и културен характер:

Организационни предизвикателства

Неравномерно разпределение на услугите в страната. Предлагащите услуги не отговарят на териториалните потребности, посочени от потребителите. Понякога новосъздадените защитени жилища или центрове за дневни грижи са на територията на психиатрично заведение което нарушава драстично принципите на деинституционализацията.

Няма достатъчно специализирани услуги за детска и юношеска психиатрия и специализирани услуги за специфични проблеми - хранителни разстройства, проблеми на детското развитие и др.

Общопрактикуващите лекари не са обучени да разпознават и посрещат психиатрична проблематика и нямат необходимите знания и умения да участват в процеса на комплексно справяне с тези проблеми в общността и семейната среда.

Новите форми на услуги в общността (като домашни грижи, кризисна интервенция, мобилни екипи, водене на случай и т.н.) не са описани в регламентите и функционалните описания на съществуващите амбулаторни психиатрични услуги.

Инфраструктурни предизвикателства

Липса на междусекторна сътрудничество на институционално ниво

Липса на информационна система за психиатрично обслужване на стационарно и амбулаторно ниво.

Финансови предизвикателства

Неравномерно разпределение на средствата за поддръжка и обновяване на сградния фонд

Ниско заплащане на персонала и липса на мотивация водещо до загуба на човешки ресурси.

Културни предизвикателства

Трудности в разбирането на основните принципи на психиатрията в общността на всички нива – управленско, професионално и потребителско ниво.

Стигмата, дискриминацията и унижението са все още често срещани практики на много места.

Преобладаване на биологичния подход в психиатричната практика за сметка на психосоциалния и индивидуално психологичния подход към пациента.

За решаване на тези проблеми в програмното предложение са очертани два подхода:

1. Осъвременяване на материалната база в психиатричните клиники.

Понастоящем в страната функционират 12 държавни психиатрични болници с 2448 легла, 12 Центъра за психично здраве със стационари с общо 1328 легла и 20 психиатрични отделения към многопрофилни болници с общо 838 легла. През 2011 г. броят изписани болни е бил съответно 10593 от ДПБ, 19359 от стационарите към Центровете за психично здраве и 20508 от стационарите към многопрофилните болници. Средният престой в дни е бил съответно 57.3 за ДПБ, 19.9 за стационарите към Центровете за психично здраве и 12.8 за стационарите към многопрофилните болници.

Съществуващата политика за психично здраве в България предвижда въвеждане на принципите на комуналната психиатрия и постепенно заместване на класическата институционална психиатрия с модерна система на психично-здравно обслужване в основата на която е Центърът за психично здраве в общността. Създаването на система от служби подчинени на Агенцията за социално подпомагане с използване на средства от донорски програми, проекти и бюджетно финансиране не намали натовареността на класическите държавни психиатрични болници. От друга страна, поради различния режим на финансиране на стационарната и амбулаторната психиатрична помощ са налице несъответствия, които създадоха условия за декапитализация на психиатричните стационари. Немалко от тях са все още в окаяно състояние и се нуждаят от спешни ремонти. Тази междинна ситуация, в която от една страна системата на класическите психиатрични болници не е закрыта, а новата система на предоставяне на услуги в общността не покрива всички нуждаещи се, създава режим на двоен стандарт и дискриминиране на една част от болните в психиатричните стационари. Оттук нуждата от обновяване на материалните условия в които те продължават да се лекуват е очевидна и напълно оправдана.

За осъществяване на тази цел ще бъдат разработени насоки за кандидастване с проекти за обновяване на психиатрични стационари, които ще отговарят на две основни изисквания:

Сериозна нужда от ремонт и обновяване на сградния фонд и оценка на перспективността на съответната стационарна служба с оглед спазване на принципите за максимална близост до населеното място, близка комуникация с други соматични болници, възможност за контакт със социалните структури и звената за психосоциална рехабилитация, натовареност и интензивност на дейността.

2. Кампании за преодоляване на стигмата и дискриминационните практики по отношение боледуващите от тежки психични разстройства и промоция на психично здраве на работното място.

Силна психиатрична стигма. В Националната програма за психично здраве 2006-2012 г. е записано, че в България психиатричната стигма е силна и неосъзната. В хода на изпълнението на национални проекти и стратегии са идентифицирани целевите групи за интервенция. В редица публикации се изтъква, че една от основните причини за незадоволителния ход на деинституционализацията е силната стигма, която се поддържа както от големи групи сред населението, така и от самите професионалисти и близки на психично болните лица. Основният начин да се промени негативната нагласа сред обществото е да бъдат активно включени в борбата срещу стигматизацията и медиите. Резултатите от предишни проекти (Пакта за стабилност за ЮИЕ) показват, че нуждата от адекватна информираност от страна на журналисти и др. представители на медиите е огромна, а ефектът от преодоляването на предразсъдъци и установени стереотипи е неочаквано голям в полза на страдащите от психични разстройства.

Ще бъдат разработени грантови схеми за организиране на обучителни семинари за представители на медиите, психичноздравни професионалисти, общопрактикуващи лекари, представители на неправителствени организации на родители (carers) и потребители (users), общински власти, социална и здравна администрация. Ще бъдат разработени насоки за кандидатстване за провеждане на разяснителни кампании за борба срещу стигмата и дискриминацията,

Психично здраве на работното място. В България през 2011 г. беше завършен проект „Психично благополучие – промоция на добрата практика по осигуряване на психично здраве на работното място” - съвместен проект на Европейската мрежа по промоция на здравето на работното място (ЕМПЗРМ) – грантово споразумение № 2007317.

СПЕЦИФИЧНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ЗА ЗДРАВЕТО НА РОМИТЕ

Проблеми:

- Значителна част от ромското население е здравнонеосигурена;
- Наличие на ниска здравна култура сред повечето представители на ромската общност относно правилни хигиенни навици, полови контакти и предпазване от полово-предавани инфекции; проследяване на бременността, раждане, отглеждане на новороденото;
- Затруднен достъп до ромските общности, поради специфичната култура и разбирания ;
- Недостатъчно ниво на покритие с ОПЛ на ромските деца (родителите смятат, че след като са здравно неосигурени, то и децата им нямат право на ОПЛ);

Потребности:

- Подкрепа при обучението по медицина за представители на ромската общност с цел адресиране на ниската здравна култура и достъпа до ромската общност.

Недостатъчно развити услуги за предоставяне на здравни грижи в кварталите с компактно ромско население. Един от начините за постигане на по-добър жизнен статус на ромското население е разширяване и предлагане на нови **здравно-социални услуги, които** следват подхода „работа в общността”, чрез изнасяне на услуги в общността, мобилизиране на ресурсите и повишаване на самоорганизацията на местната ромска общност.

1.4.1.1 Публични и частни структури в програмната област

Министерството на здравеопазването на Република България е компетентната институция за организацията и управлението на системата на медицинската помощ и на системата в областта на общественото здраве.

Публични структури:

- Министерство на здравеопазването
- Второстепенни разпоредители с бюджетни кредити (Национален център по заразни и паразитни болести; Национален център по обществено здраве и анализи; Национален център по наркомании; Национален център по радиобиология и радиационна защита; Изпълнителна агенция по трансплантация; Изпълнителна агенция по лекарствата; Изпълнителна агенция „Медицинска одит“; Регионални здравни инспекции);
- Лечебни заведения за болнична помощ с над 51% държавно или общинско учатие;
- Микробиологични лаборатории;
- Центрове за психично здраве, Центрове за кожно-венерически заболявания и Центрове за трансфузионна хематология, които имат разрешително за извършване на дейност в обхвата на програмата;
- Общини;
- Висши учебни заведения.

Частни структури:

- Лечебни заведения за болнична помощ;
- Лечебни заведения за първична извънболнична помощ;
- Лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ;
- Групови практики на общопрактикуващи лекари;
- Микробиологични лаборатории;
- Неправителствени организации с компетенции в сферата на здравеопазването.

Неправителствени организации /НПО/

НПО – Съществуват множество неправителствени организации, които работят в областта на общественото здраве.

1.4.1.2 Законодателство, касаещо програмната област

Европейско законодателство:

- Решение No 1350/2007/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 23 октомври 2007 въвеждащо втора програма за действие на Общността в сектор здравеопазване (2008-2013).
- Бяла книга на Комисията от 23 October 2007 'Заедно за Здраве: Стратегически подход за ЕС 2008-2013' [COM(2007) 630
- Препоръка на Съвета 2009/С 151/01 от 9 юни 2009 относно безопасността на пациента, вкл. превенция и контрол на здравеопазването, свързано с инфекции.
- Съобщение от Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите от 24 юни 2009 относно Действия против рака: Европейско партньорство [COM(2009) 291
- Зелена книга на Комисията от 10 декември 2008 относно работната сила в здравеопазването [COM(2008) 725 final

- Препоръка на Съвета 2009/С 151/01 от 9 юни 2009 относно безопасността на пациента, вкл. превенция и контрол на здравеопазването, свързано с инфекции.
- 1999/519/ЕС: Препоръки на Съвета от 12 юли 1999 относно ограничаване излагане на населението на електромагнитни полета (0 Hz до 300 GHz)
- ЕС Рамков документ за Стратегии за национално интегриране на ромите до 2020
- Зелена книга – Подобряване психичното здраве на населението. Към стратегия за психично здраве за ЕС.
- Решение No 2119/98/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 24 септември 1998 въвеждащо мрежа за епидемиологичен контрол на заразните болести в Общността
- 2002/253/ЕС: Решение на Комисията от 19 март 2002 определящо дефиниции за докладване на заразни болести в общностната мрежа по Решение No 2119/98/ЕС на Европейския парламент и на Съвета

Национално законодателство:

- Закон за здравето;
- Закон за здравното осигуряване;
- Закон за лечебните заведения;
- Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина;
- Закон за медицинските изделия;
- Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;
- Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти;
- Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина
- Подзаконови нормативни актове.

1.4.1.3 Държавни помощи и обществени поръчки

Предвидените в програмното предложение интервенции са в пълно съответствие с действащото законодателство на национално ниво и на ниво ЕС. На национално ниво обществените поръки се изпълняват съгласно Закона за обществени поръки, в сила от октомври 2004 г., посл. редакция ДВ, бр. 38, 18 май 2012 г.

Съответствие и по двете хоризонтални теми ще се изисква и контролира по време на избора на проект и етапите на изпълнение.

Държавни помощи

Всеки проект ще бъде оценяван за съответствие със законодателството за държавни помощи на всеки етап одобрение и изпълнение. Очаква се най-общо проектите да включват дейности по които партньорите не действат като икономически изпълнители и за които няма основания да се смята, че конкурсната порцедурa може да бъде компрометирана. Такива дейности не са обект на правилата за държавни помощи.

За изясняване идентификацията на всеки партньор и всеки проект се предвиждат декларации, които да гарантират, че следните условия са изпълнени от всеки партньор и проект като цяло:

- Всички разходи следва да се правят според правилата за обществени поръчки, заложиени в Програмата;
- Проектът не трябва да дава икономическо предимство на икономически изпълнител;
- Всички проучвания или други резултати от не-инвестиционни изследвания и проекти за развитие ще бъдат достъпни безплатно за всички заинтересовани физически и юридически лица по не-дискриминационен начин.

Следва да бъде осигурен обществен достъп до резултатите от проекта. Предоставянето на резултатите от проекта само на определени физически или юридически лица е строго забранено. Освен

това, резултатите от проекта не трябва да дават икономическо предимство за определени предприемачески и производствени обекти.

Ако някоя от горепосочените условия не са изпълнени при етап кандидатстване или изпълнение, проектът ще бъде регулиран от правилата за държавни помощи.

Всяка държавна помощ по тази програма напълно ще съответства на националните правила в тази област, както и на чл. 107 и 108 от ДФЕС, приложими за определени категории на хоризонтални държавни помощи. Информацията за получени минимални помощи през 3 предходни години ще се вписва задължително във формуляра за кандидатстване.

Министърът на финансите е националният орган, отговорен за надзора, прозрачността и координацията на държавните помощи на национално, регионално и общинско ниво.

Програмният оператор ще отговаря за осигуряване на съответствие с правилата за държавни помощи на всеки етап на изпълнение на програмата. Програмният оператор ще отговаря за идентификацията на проекта и действия, попадащи под правилата за държавните помощи. Когато е отпусната държавна помощ, Програмният оператор ще представи нотификации на министъра на финансите, който ще ги предаде на Европейската комисия. Министърът на финансите ще провери и прецени нотификациите за държавна помощ за съответствие с европейското и българското законодателство в областта на държавните помощи.

С цел осигуряване на съответствие с европейското и националното законодателство в тази област, Програмният оператор ще:

- Докладва за отпусната държавна помощ на министъра на финансите;
- Уведомява предварително министъра на финансите за всяко намерение за отпускане на държавни помощи;
- В случаите, когато помощта попада в обхвата на блоково изключение, Програмният оператор ще координира предварително планираната държавна помощ с министъра на финансите;
- Осъществява надзор за прилагането на чл. 107 и 108 ДФЕС, касаещи *de minimis* помощи;
- Уведоми министъра на финансите, когато помощта попада в обхвата на правилата за *de minimis* три дни преди отпускането ѝ;
- Поддържа регистър на отпуснати държавна и *de minimis* помощи, като поема пълна отговорност за истинността на подадените за нея данни и при поискване ще предостави достъп на представител на министъра на финансите до регистъра.

Съответната информация ще бъде изпращана от Програмния оператор до Националното лице за контакт.

Тъй като съответствие на държавни помощи на партньори от държави освен България не може да бъде проверено от ПО, никакви дейности по държавни помощи не се разрешават на такива партньори.

Обществени поръчки

Изпълнението на всички етапи от тази програма ще става в строго съответствие с националното и европейското общностно законодателство за обществени поръчки. Програмният оператор ще гарантира, че всички проектни договори и партньорски споразумения, свързани с изпълнението на проект, финансиран от тази програма, ще бъдат в съответствие с Директива 2004/18/ЕО, Регламент ЕО № 1605/2002, Регламент 1564/2005 и/или принципите на Договорите на ЕС, когато са приложими, както и чл. 7.16 от Регламента за изпълнение на Норвежкия финансов механизъм 2009 – 2014 г. , ако е приложим по правилата на програмата, валидни на по-късен етап, чуждестранни партньори ще бъдат избираеми при обществени поръчки, както е описано в съответните обяви за предложения.

Където е възможно ограничения при функционирането на обществени поръчки на чуждестранни партньори, могат да възникнат при други съвместни финансови ангажименти като споделени разходи или 10%-20% правило, практикувано по някои транснационални програми,

финансирани от ЕС (INTERREG, SEE). Тези ангажименти ще бъдат подробно описани в апликацията и документацията на проектното управление и контрол за всяка обява.

Други хоризонтални политики

ДДС, такси, мита и митнически тарифи за партньорите от ЕИП могат да бъдат ограничавани до тяхната избираемост поради различно правно регулиране. Тези въпроси ще залегнат в обявите за предложения на базата на съответни инструкции и уточнения на ОФМ, актуални към момента.

1.4.2 Обосновка на програмната стратегия

Избраният подход при изработване на Програмното предложение се основава на обществени консултации с всички заинтересовани страни в сектора. Вzeti са предвид и препоръките на СЗО в хода на подготовката на предложението с цел постигане на желаните резултати и устойчивост на предложените интервенции.

В процеса на анализа на рисковете са взети под внимание всички потенциални заплахи, които биха довели до риск от неизпълнение на поставените цели.

Стратегията допълва и надгражда постигнатите резултати от изпълнението на проекти, финансирани главно от програма ФАР и други донори (Пакт за стабилност и растеж, Швейцарска помощ). Предвидените интервенции по петте приоритетни области ще допълват интервенциите, които ще бъдат заложиени за финансиране от Структурните фондове през следващия програмен период (2014-2020 г.) в рамките на Европейския социален фонд и Европейския фонд за регионално развитие.

Програмата е в съответствие както с националната политика в областта на здравеопазването, така и с политиката на ЕС в тази област.

Програмата отразява стратегическия подход на ЕС в областта на здравеопазването, залегнал в Здравната стратегия на ЕС (The EU Health Strategy 'Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-13') и Програмата на ЕС за здравеопазване (EU Health Programme 2008-2013), а именно: подобряване здравето на населението, промоция на здравето и намаляване на здравните неравенства и подобряване на информираността на населението и системата на здравеопазването. Предложените инициативи допълват интервенции по стратегическите национални приоритети, залегнали в Националната здравна стратегия 2008-2013 г. и Националната програма за реформи 2011-2015.

Предвижда се чрез изпълнението на програмата да адресира следните ключови проблеми и потребности, идентифицирани в т. 1.4.1:

Програмата съдържа комбинация от инвестиционни и меки мерки. Те са така комбинирани, че да се осигури синергия на въздействието им във всяка приоритетна област.

Управление на здравеопазването - успоредно с подобряването на административния капацитет ще бъдат подобро информационното обслужване чрез създаване на електронни регистри, с цел добра профилактика и следене на здравния статус на населението. Във връзка с това с дейностите по програма се цели **подобряване на административния капацитет на мениджърите на лечебните заведения**, които е необходимо да бъдат подпомогнати при използването на управленски подходи, гарантиращи предоставянето на висококачествени здравни услуги и баланс между социалната значимост от лечебните заведения и рационалната икономическа ефективност.

Репродуктивно здраве – основите мерки са насочени към подобряване на достъпа на младите хора до услуги по сексуално и репродуктивно здраве с акцент върху предоставяне на услуги в общността, в труднодостъпни райони и за уязвимите групи. нуждаят и от комплексна интегрирана здравна услуга по отношение на семейно планиране и контрацепция.

Детско здравеопазване - с изпълнението на дейностите предвидени в програмата в областта на детското здравеопазване, се очаква да се внедрят съвременни диагностични и терапевтични методи и апаратура в лечебните заведения и рехабилитационни центрове, както и да се повиши професионалната квалификация на лекари и друг медицински персонал, заети в грижи за детското здраве. Това е добра предпоставка за ранна диагностика и съвременно адекватно лечение и рехабилитация на деца с тежки инвалидизиращи заболявания като ДЦП, онкохематологични заболявания, вродена глухота, проблеми в социалните взаимоотношения и комуникацията и т.н., и би довело до подобряване качеството им на живот и перспектива за развитие в личен и обществен план. С предвидените обучения се очаква да се подобри информираността, както на родителите, така и на децата.

Психично здраве – предвидените интервенции ще целят осъвременяване на материалната база в държавните психиатрични клиники, намаляване на стигмата, която е една от основните причини за незадоволителния ход на деинституционализацията, укрепване на административния капацитет за реформа в психиатрията и междуинституционалното сътрудничество и изработване на механизъм за координация и междусекторно сътрудничество между психиатрите и други психичноздравни професионалисти – социални работници, психолози, рехабилитатори, педагози и др. с цел предоставяне на комплексна грижа за пациентите и укрепване на психично здраве на работното място.

Предвидените интервенции в областта на **справяне със специфични предизвикателства за здравето на ромите** целят предоставяне на здравни грижи в кварталите с компактно ромско население чрез оказване на финансова подкрепа при обучението по медицина за представители на ромската общност с цел адресиране на ниската здравна култура и достъпа до ромската общност.

Ще бъде дадена възможност за кандидатстване с проектни предложения на конкурентен принцип по целите заложи в областите на Програмата. В зависимост от поставената цел възможните изпълнители на проекти са различни и обхващат различни целеви групи: лечебни заведения, медицински университети, държавни структури, НПО и т.н.

За успешното реализиране на Програмата ще допринесе и съвместното ѝ управление – в дейността си Програмният оператор ще бъде подпомогнат от дирекция „ОПТП“ в Администрацията на Министерски съвет – подпомагащо звено на Програмния оператор. Дейностите, които ще извършва подпомагащото звено са залегнали в Междуинституционално споразумение между Програмния оператор и Подпомагащото звено, подписано на 28 август 2012 г.

1.5 Цели и индикатори на програмата

1.5.1 Програмна област: Инициативи за обществено здраве.

Цел на Програмата: Подобрено обществено здраве и намалени здравни неравенства.

1.5.2 Очаквани дългосрочни резултати на Програмата

	Дългосрочен резултат	Индикатор	Описание	Стойност на индикатора		Източник на верификация
				Базова стойност	Целева стойност	
1.	Подобрено управление в сферата на здравеопазването	Брой предприети дейности за подобряване на устройството и отчетността на здравната система	Подобряване на информационното обслужване в здравеопазването Развитие на електронното здравеопазване Подобряване на системата за психиатрично обслужване на гражданите на България и опазване на психичното им здраве	0	9	Оценено на базата на изследване в началото и края на програмния период на изпълнение
2.	Подобрен достъп и качество на здравните услуги, включващи репродуктивно и детско здравеопазване	Брой жени ползващи подобрени услуги за репродуктивно здраве Брой деца ползващи подобрени услуги за репродуктивно здраве Брой пациентски групи ползващи се от подобрени медицински грижи	Подобряване на достъпа на младите хора и уязвими групи до услуги за подобряване на знанията за сексуално и репродуктивно здраве. Повишаване на качеството на пренаталната диагностика; Повишаване на качеството на неонаталнитата медицинска помощ чрез модернизиране на неонаталните отделения; Подобряване на здравето на деца с	0 0 0	30 000 30 000 6	Доклади от проведени обучения, анкети, сертификати за обучение, амбулаторни листове, доклади от домашни посещения, приемо-предавателни протоколи, регистрирани центрове, годишни доклади, снимков материал.

			хронични, инфекциозни или генетични заболявания или ментални проблеми.			
3.	Подобрени грижи за психично здраве	Намалено време за предоставяне на психиатрични услуги/лечение на пациента Брой пациенти ползващи подобрени психиатрични услуги Установен годишен капацитет за диагностика и лечение /бр. пациенти/ Брой дейности/инициативи за информирание по проблеми на психологията и/или превенция на дискриминацията на психичните болести	Подобряване на материалната база на лечение на психично болните; Въвеждане на нови форми на обслужване за пациентите; Намаляване болничния престой; Укрепване на между институционалното сътрудничество;	X 0 26000 0	X-10% 40000 30000 1	Нормативна уредба, годишни бюджети на споменатите ведомства, годишни статистически справочници, данни от здравната карта за медицинските услуги в страната и доклади от проведени епидемиологични и анкетни проучвания Премо-предавателни протоколи; въведено в експлоатация оборудване.
4 .	Специфични предизвикателства за здравето на ромите	Брой предприети действия за намаляване на неравенствата в здравеопазването чрез подобрен достъп	Повишаване квалификацията и образованието на млади роми в областта на здравеопазването.	0	1	Учебни помагала и материали; Анкетни; Снимков материал; Публикации в медиите; Удостоверения за записана академична учебна година; Студентски книжки и академична справка за семейство;

						Счетоводни документи; доклад от студента и наставника.
--	--	--	--	--	--	--

1.5.3 Резултати на програмата

Дългосрочен резултат	Резултат	Индикатор на резултата	Стойност на индикатора		Описание
1. Подобряване на управлението в здравеопазването	1.1. Подобряване на информационното обслужване в здравеопазването	1.1.1. Национална база данни за имунизациите	1.1.1. 0 бр.	1.1.1. - 1 бр.	1.1.1.Функционираща национална база данни
	1.1.1. Подобряване на профилактиката на ваксинапредотвратимите болести	1.1.2. Информационна система за обектите, излъчващи нейонизиращи лъчения	1.1.2. 0 бр.	1.1.2. - 1 бр.	1.1.2. Функционираща информационна система
	1.1.2. Създаване на система за регулиране на изграждането и функционирането на обекти, източници на нейонизиращи лъчения, в съответствие с нормативните изисквания	1.1.3. Създаване на национален регистър на пациентите със захарен диабет	1.1.3. 0 бр.	1.1.3. – 1 бр.	1.1.3. Функциониращ национален регистър на пациентите със захарен диабет
	1.1.3. Подобряване на системата за контрол и лечение на захарния диабет	1.1.4. Създаване на национален регистър на пациентите с редки болести	1.1.4. 0 бр.	1.1.4. – 1 бр.	1.1.4. Функциониращ национален регистър на пациентите с редки болести
	1.1.4. Подобряване на системата за профилактика, навременна диагностика, лечение и рехабилитация на хората с редки болести,				

	1.2. Подобряване на системата за психиатрично обслужване на гражданите на България и опазване на психичното им здраве 1.2.1. Проследяване на динамиката на разпространение на психичните разстройства 1.2.2. Подобряване на достъпа на населението до психично здравни услуги в България и продължаване процеса на деинституционализация 1.2.3. Интегриране на психиатричната помощ в цялостната система на здравеопазването и по-специално в първичната медицинска помощ 1.2.4. Ефективни интервенции в сферата на суицидопревенцията на групи в риск и намаляване на нивото на самоубийствата 1.2.5. Подобряване връзките между службите и ведомствата за по-добро цялостно обслужване на хората с тежки психични разстройства	1.2.1. Брой проведени анкетни проучвания Брой направени анализи Брой доклади и информации до МЗ 1.2.2. Брой проведени заснемания (картирания) на наличните ресурси Брой проведени информационни кампании 1.2.3. Брой обучени ОПЛ Брой направления до специалист/социална служба 1.2.4. Брой проведени обучения, кампании и разяснителни дейности 1.2.5. Брой одобрени регионални планове за деинституционализация Брой дългосрочно пребиваващи в институции лица	1.2.1. Проведено анкетно проучване ЕПИБУЛ 2006 г. 1.2.2. Липса на планирани дейности по деинституционализация 6 600 лица в институции Проведено заснемане (картиране) на психичноздравните служби в София – 2007 1.2.3. 50 ОПЛ преминали обучение по предишни програми 0 направления до социални служби 20 000 направления до специалист 600 души включени в рехабилитационни програми 1.2.4. 796 осъществени самоубийства за 2011 1.2.5. Отчети за изпълнени дейности	1.2.1. Актуализиране на съществуваща база данни от предишни епидемиологични проучвания 1.2.2. Намаляване на броя на лицата в институции с 2 % 4 информационни кампании за периода на проекта Създаване на нормативна база за интересекторно сътрудничество в сферата на психичното здраве и административен капацитет на регионално и централно ниво за подкрепа на усилията за реформиране на институционално то психиатрично обслужване 1.2.3 50 обучени ОПЛ Увеличаване на броя на направления на клиенти от медицинските до социалните служби до 2%; Увеличаване на капацитета за идентифициране на психично-здравните потребности с	1.2.1. Сравнителна оценка на влиянието на факторите за поява на психични разстройства 1.2.2. Анализ и картиране на съществуващите служби за социално и психичноздравно обслужване 1.2.3. Обучение на ОПЛ и дейности по интегриране на психиатричната помощ в първичната медицинска помощ 1.2.4. Справяне с депресията и тревожността в първичната медицинска помощ и дейности по суицидопревенция; 1.2.5. Повишаване на административния капацитет на регионално ниво за провеждане на процеса на деинституционализация
--	--	---	---	---	--

			през 2006 г от 28 регионални съвета за психично здраве. Частично разработени планове за действие. Проведени обучителни кампании по региони	10%. Увеличаване на броя на хора с тежки психични заболявания включени в рехабилитационни програми до 2% 1.2.4. Намаляване на леталните опити за самоубийства с 2%. 1.2.5. Изработване 28 на Регионални планове за деинституционализация	ализация ;
2.Улесняване на достъпа и качеството на здравни услуги, включително репродуктивно и детско здравеопазване	2.1. Подобряване на достъпа до комплексни услуги за сексуално и репродуктивно здраве на младите хора (12-25 години) и уязвимите групи.	Брой изследвани млади хора; Брой медицински и психологични консултации; Брой проведени здравно-образователни мероприятия;	0	15 000 души	Отчети/доклади; публикации в медиите; регистри; анкетни карти; анализи.
	2.2. Повишаване на качеството на пренаталната диагностика;	Брой обучени АГ специалисти Брой доставено оборудване	0	Мин. 100 обучени АГ специалисти; Мин. 30 бр. ехографска апаратура за пренатална диагностика	Сертификати от обучения, анкети, учебни материали, протоколи от доставка
	2.3. Повишаване на качеството на неонаталната медицинска помощ чрез модернизиране на неонаталните отделения	Брой реновирани отделения; Брой доставено оборудване	0	Мин. 20 ремонтирани и/или снабдени с нови апарати неонатологични отделения	Копие на протоколи от доставка, снимков материал въведено в експлоатация оборудване
	2.4. Повишаване на	Брой	0	Не по-малко от 6	Отчети на ЛЗ;

	качеството и достъпа до грижи за деца с хронични, ментални, инфекциозни или генетични заболявания (с акцент върху деца, болни от ДЦП, съдречно-съдови заболявания, аутизъм, млади хора с хранителни разстройства)	диагностицирани деца с хронични, ментални и генетични заболявания; Брой изготвени планове за лечение и рехабилитация; Брой обучени медицински специалисти по специалности Брой обучени родители/семејства за оказване на специализирана грижа; Закупена апаратура; Извършени ремонтни дейности;		центъра за рехабилитация и лечение на за деца с хронични, ментални, инфекциозни или генетични заболявания със осигурена апаратура и обучени специалисти;	Приемо-предавателни за доставено оборудване, счетоводни документи; сертификати от обучения; въведено в експлоатация оборудване.
3. Подобрени услуги в областта на психичното здраве	3.1.Подобряване на материалната база на лечение на психично болните	Брой ремонтирани стационари за психиатрично обслужване в държавни психиатрични болници	0	Мин. 3 ремонтирани отделения в ДПБ	Приемо-предавателни протоколи; строителен надзор; архитектурни планове за строително-монтажни дейности;
	3.2. Кампании за преодоляване на стигмата и дискриминационните практики по отношение боледуващите от тежки психични разстройства и промоция на психично здраве на работното място	Брой вторични хоспитализации за една година на пациенти в психиатрични стационари Брой анти стигматизиращи материали в ежедневници и медии за една година Резултати от анкетни проучвания	Брой постъпили в психиатричните стационари през 2010 - 25479 (НЦЗИ) Анкетни проучвания в 13 предприятия по проект	Намаляване с 25% на вторичните хоспитализации Намаляване с 25% на негативни публикации Анкетни проучвания в най-малко 50 предприятия – как в толкова	Отчети на ЛЗ; Публикации в медиите; Анкети, учебни материали, отчети.

				малко предприятия.	
4. Предизвикателства пред здравето на ромите	4.1. Повишена квалификация и образованието на млади роми в областта на здравеопазването	Брой студенти по медицински специалисти – медицински сестри и акушерки Брой лекари	0 0	Мин. 75 обучени медицински специалисти – медицински сестри и акушерки и мин. 20 лекари	Удостоверения за записана академична учебна година; Студентски книжки и академична справка за семестър; Счетоводни документи; доклад от студента и наставника.

1. Подобряване на управлението в здравеопазването

1.1. Подобряване информационното обслужване в здравеопазването

1.1.1. Подобряване на профилактиката на ваксинопредотвратимите болести

Липсва единна електронна база данни за отразяване на реално извършените имунизации и предстоящите такива, която да позволява адекватни интервенции на ниво държава с цел предотвратяване на възможността за възможни епидемии от заразни заболявания.

Въпреки че в страната са създадени необходимите условия за осигуряване на безплатни и качествени високоефективни ваксинални препарати, налице са редица проблеми. Анализите на положението през последните години очертават намаляване на ваксиналния обхват с основните имунизации в детска възраст и с реимунизации в по-горните възрастови групи. Това води след себе си до натрупване на неимунизиран контингент и създаване на риск от възникване и разпространение на епидемии, за чието овладяване се отделя допълнително финансов ресурс.

Много фактори и от различен характер оказват влияние върху този резултат: големият брой деца от 0 до 18 години без регистрация при личен лекар или педиатър и лица без здравни осигуровки, особено сред уязвими групи от населението; липсата на механизми за идентифицирането им и обхващането им с профилактични прегледи, имунизации и реимунизации; регистриране на подлежащите и извършените имунизации само на хартиен носител като се взема предвид здравноосигурителният им статус и подаване на агрегирани данни за броя на подлежащите и обхванатите; липса на отчетност и възможност за проследяване на всяка партида ваксина от внасянето ѝ в склада в дадена Регионална здравна инспекция до крайния потребител – ОПЛ / лечебно заведение и лицето на което е приложена; липсата на данни за своевременност на проведените имунизации и спазване на имунизационните схеми.

1.1.2. Създаване на система за регулиране на изграждането и функционирането на обекти, източници на нейонизиращи лъчения, в съответствие с нормативните изисквания

Създаването и поддържането на публична информационна база с данни за обектите с излъчващи съоръжения ще предостави възможност на всеки гражданин да получава информация за нивата на електрическите, магнитните и електромагнитните полета, без да е необходимо да доказва конкретен интерес.

С изграждането на информационна система се цели предоставяне на своевременна и достоверна информация на населението по отношение на базовите станции и други източници на нейонизиращи лъчения в населените места, както и резултати от извършения върху тях контрол от страна на държавните органи.

1.1.3. Подобряване на системата за контрол и лечение на захарния диабет

В България липсва Национален регистър на пациентите със захарен диабет, което прави невъзможно доброто планиране на здравни стратегии и бюджети касаещи захарния диабет. Информацията за пациентите е разпокъсана, не се структурира и не се индексира правилно по определени критерии и признаци, липсват достатъчно обхватни бази данни, които да обслужват различни аспекти на лечебно-диагностичния процес и рехабилитацията на диабетиците. Не са налице възможности за извършване на задълбочени анализи и провеждането на адекватна здравна политика основана на доказателствата.

Създаването на регистъра ще позволи адекватно планиране и управление на разходите за заболяването, подобряване на качеството на провежданото лечение, профилактиката на усложненията и рехабилитацията на пациентите със захарен диабет.

1.1.4. Подобряване на системата за профилактика, навременна диагностика, лечение и рехабилитация на хората с редки болести

Редките болести представляват сериозен проблем за медицинските специалисти, за самите пациенти и техните семейства, за обществото като цяло и за националната здравна система. За всички засегнати групи, проблемите могат да бъдат обобщени в следните три категории: недостатъчна информация, закъснение в поставянето на диагнозата и липса на лечение. Към момента в България, няма адекватна и пълна информация относно епидемиологията на редките болести. Основната причина за това е липсата на единен регистър на национално ниво, както и косвено непълнотата на Международната класификация на болестите (МКБ), в която огромен брой редки състояния не са описани и нямат собствен код. Този дефицит особено осезаемо затруднява процесите на планиране и организиране на здравните услуги за редки болести (превенция, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация).

Основната цел на Националния регистър за редки болести е да осигурява актуални и достоверни епидемиологични данни за заболяемостта и болестността от редки болести в България, за броя пациенти, тяхното разпределение в страната и нужди от здравни грижи. Получената информация ще даде пълна картина за състоянието на медицинските дейности за редки болести в страната, тяхната ефективност и икономическа полезност. Пациентите ще могат да бъдат надеждно проследявани както в рамките на националната здравна система, така и извън нея – например при получаване на здравно обслужване извън България. НРРБ ще създаде условия за обозначаването и функционирането на експертни центрове по редки болести към лечебните заведения у нас и тяхното интегриране в европейските референтни мрежи. Освен това, обобщавана информация от регистъра ще подпомогне изработването на диагностични и терапевтични протоколи и стандарти за лечение на редките болести, ще съдейства на МЗ, МТСП и НЗОК при планиране и осигуряването на скъпоструващо лечение и медицински грижи на пациентите с редки болести, ще подобри взаимодействието между здравните служби и

пациентските асоциации, ще позволи планиране и сравнение на регионално, национално и европейско ниво.

1.2. Подобряване на системата за психиатрично обслужване на гражданите на България и опазване на психичното им здраве

Събирането на епидемиологични данни за разпространеността на психичните заболявания в страната и осъвременяване на съществуващата база данни (ЕПИБУЛ 2003-2005 г.) ще даде научни доказателства за адекватното разполагане и планиране на психичноздравните услуги, съобразно идентифицираните нужди на населението.

Анализът и картирането на съществуващите служби за социално и психичноздравно обслужване ще снабди с надеждна информация регионалното и централно административно управление на мрежата от услуги и професионалисти, ще подобри достъпа до тези услуги, ще информира населението за тяхното съществуване на базата на реалните им потребности и ще избегне дублирането на дейности от различни доставчици на социални и психичноздравни услуги.

Идентифицираната като ключов проблем при диагностицирането и справянето с депресията и опитите за самоубийство липса на умения за разпознаване, лечение и/или насочване на лица с психични разстройства от страна на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) ще бъде преодоляна чрез целеви програми за обучение. Очакванията са подобряването на уменията за разпознаване и справяне с различни психични разстройства на ОПЛ да доведе до увеличаване на броя на направления към психиатър от общопрактикуващите лекари с до 5%, а увеличаването на броя на насочвания на клиенти от медицинските служби към социалните служби да достигне 10%.

Подобряването на координацията между участващите институции и организации чрез по-добрата административна подкрепа ще оптимизира броя и вида на наличните във всеки район на страната психично-здравни услуги, центрове и специалисти.

В крайна сметка ще настъпят значителни промени в ежедневната практика на обслужване и лечение в общността на психично болните хора и намаляване на броя на хората с тежка психична болест в институциите с 10%. Така процесът на деинституционализацията в България може да постигне видим прогрес и страната ще отговори на изискванията на международните ни партньори (ЕК, СЗО, правозащитните организации) за създаване на мрежа от психично-здравни услуги в общността и ограничаването на ролята на институционалното обслужване до необходимия минимум. Тези цели са залегнали както във все още действащата Национална политика за психично здраве 2006-2012 г, така и в концепцията за нова Политика за психично здраве 2013-2020г.

2. Улесняване на достъпа и качеството на здравни услуги, включително репродуктивно и детско здравеопазване

2.1. Подобряване на достъпа до комплексни услуги за сексуално и репродуктивно здраве на младите хора (12-25 години) и уязвимите групи.

В репродуктивното и сексуално поведение на населението се наблюдават някои негативни тенденции, които имат съществено значение върху репродуктивното здраве на населението. По-важните от тях са: намаляване на раждаемостта в България, намаляване на родилния контингент (жени на възраст от 15 до 49 години); увеличаване броя на злокачествените заболявания на репродуктивната система при жените, повишаване процента на сексуално предаваните инфекции, снижаване възрастта на започване на полов живот, повишаване честотата на забременяванията и на абортите и в най-младата

детеродна възраст (15-19 годишните), ниска честота на използване на модерни методи и средства за предпазване от нежелана бременност и сексуално предавани болести; незадоволително ниво на информираност и познания за начините за предпазване от нежелана бременност и сексуално-преносими инфекции (Виж Анекс 6).

Всички тези проблеми налагат предприемане на мерки за подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве от най-ранна възраст. Липсата на систематичен специфичен подход при предоставянето на услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, подходящи за младите хора от 12 – 25 г., е сериозен проблем. Съществуващата към момента здравна система не отразява спецификите на тази целева група, недостатъчно добро е качеството и достъпността на младите хора до лечебно-консултативни и информационно-образователни услуги по репродуктивно здраве.

2.2 Повишаване на качеството на пренаталната диагностика;

Родените деца с вродени аномалии (пороци на развитието, деформации и хромозомни аберации) са 164,2 на сто хиляди. Именно поради това значимостта на пренаталната диагностика за намаляване на детската смъртност е голяма. През 2011 г. по Национална програма за редки болести 2009 – 2013 г. са извършени 21 870 биохимични скрининга при бременни жени за синдром на Даун и още пет хромозомни болести, дефекти на коремната стена и невралната тръба, при което са установени 61 бременности с вродена тежка патология на плода. За осигуряване на своевременна и точна пренатална диагностика е наложително наличието на високо-технологична ехографска апаратура и обучени АГ-специалисти, както и преодоляването на ограничения към момента лабораторен капацитет за цитогенетичен анализ. При обхващане на всички бременни ще се налага извършване на около 3000 – 4000 цитогенетични изследвания годишно. Към момента капацитета е около 1500 изследвания. По тези причини към момента достъпът на бременните жени до пренатална диагностика е силно ограничен, както поради недостатъчния брой налични апарати, така и поради липса на достатъчно квалифицирани специалисти, които да работят с нея.

2.3. Повишаване на качеството на неонаталната медицинска помощ чрез модернизиране на неонаталните отделения

Неонатологичната помощ в България е уредена с Медицински стандарт по неонатология, който предвижда различни нива на компетентност на дейността в отделенията на болниците, които обслужват малки населени места, на тези на областно и на междуобластно ниво. От това произхожда потребност от съответно оборудване и квалификация на специалистите за болниците.

В момента в страната има 30 болници, в които има неонатологични отделения от II ниво. Там се грижат за недоносени деца от 28 до 32 седмица. Недоносените деца под 28 седмица и тези в тежко състояние се настаняват в интензивните неонатологични отделения в 6 болници, които разполагат с неонатологични структури от трето ниво. Настоящото оборудване в по-голяма част от неонатологичните отделения II ниво и отделенията за специални грижи в страната е амортизирано и морално остаряло. Освен това, все още няма пълно оборудване във всички отделения с неонатални монитори и апарати за назален СРАР (постоянно положително налягане в дихателните пътища). Осигуряването на техническо оборудване е необходимо за да се отговори според обема на дейността на изискванията и възможностите за интензивно лечение, така както са постановени в Медицинския стандарт по Неонатология.

Неонатологичните отделения от III ниво, в които се концентрират за лечение децата с по-тежка степен на недоносеност и тези, изискващи интензивно лечение, трябва да разполагат със специфична високо-технологична апаратура. Задължителното наличие на апаратура е разписано в Медицинския стандарт по Неонатология който предстои до края на 2012 година да бъде актуализиран с изисквания за допълнително наличие на високо-технологична апаратура.

2.4. Повишаване на качеството и достъпа до грижи за деца с хронични, ментални, инфекциозни или генетични заболявания (с акцент върху деца, болни от ДЦП, съдечно-съдови заболявания, аутизъм, млади хора с хранителни разстройства)

Съществува необходимост от осигуряване на ранна и комплексна диагностика на деца с хронични, ментални, инфекциозни или генетични заболявания с изготвени планове за лечение и рехабилитация. Особено важно е да бъде увеличен процентът на обхващане на рисковите новородени деца за ранна диагностика и лечение, както и да бъдат обучени медицински специалисти по специалности и родители/семейства за грижи и поддържаща рехабилитация на деца с подобни заболявания. Трябва да бъдат разширени възможностите за осигуряване на специализирана диагностика и рехабилитация на деца с хронични, ментални, инфекциозни или генетични заболявания, чрез създаване или обновяване на специализираните центрове за диагностика, в които да се изготвя и провежда цялостна програма за лечение и рехабилитация на деца с такива заболявания.

3. Подобри услуги в областта на психичното здраве

3.1. Подобряване на материалната база на лечение на психично болните

Съществуващата политика за психично здраве в България предвижда въвеждане на принципите на комуналната психиатрия и постепенно заместване на класическата институционална психиатрия с модерна система на психично-здравно обслужване в основата на която е Центърът за психично здраве в общността. Създаването на система от служби подчинени на Агенцията за социално подпомагане с използване на средства от донорски програми, проекти и бюджетно финансиране не намали натовареността на класическите държавни психиатрични болници. От друга страна, поради различния режим на финансиране на стационарната и амбулаторната психиатрична помощ са налице несъответствия, които създадоха условия за декапитализация на психиатричните стационари. Немалко от тях са все още в окаяно състояние и се нуждаят от спешни ремонти. Тази междинна ситуация, в която от една страна системата на класическите психиатрични болници не е закрыта, а новата система на предоставяне на услуги в общността не покрива всички нуждаещи се, създава режим на двоен стандарт и дискриминиране на една част от болните в психиатричните стационари. Оттук нуждата от обновяване на материалните условия, в които те продължават да се лекуват е очевидна и напълно оправдана.

3.2. Кампании за преодоляване на стигмата и дискриминационните практики по отношение боледуващите от тежки психични разстройства и промоция на психично здраве на работното място

В Националната програма за психично здраве 2006-2012 г. е записано, че в България психиатричната стигма е силна и неосъзната. В хода на изпълнението на национални проекти и стратегии са идентифицирани целевите групи за интервенция. В редица публикации се изтъква, че една от основните причини за незадоволителния ход на

деинституционализацията е силната стигма, която се поддържа както от големи групи сред населението, така и от самите професионалисти и близки на психично болните лица. Основният начин да се промени негативната нагласа сред обществото е да бъдат активно включени в борбата срещу стигматизацията и медиите. Нуждата от адекватна информираност от страна на журналисти и др. представители на медиите е огромна, а ефектът от преодоляването на предразсъдъци и установени стереотипи е неочаквано голям в полза на страдащите от психични разстройства.

4. Предизвикателства пред здравето на ромите

4.1. Повишаване на квалификацията и образованието на млади роми в областта на здравеопазването

Този резултат се предлага в отговор на нуждата да се предостави подкрепа за здравно образование, наставничество и застъпничество на ромски студенти във висши и професионални медицински училища, както и за лекари, така че те да бъдат способни да предоставят знанията си в техните общности и да изиграят роля при преборване на съществуващите негативни стереотипи спрямо ромите.

С изпълнението на Програмата ще бъдат адресирани и основните здравни предизвикателства пред ромската общност в България:

- Намаляване на броя на здравнонеосигурените роми;
- Подобряване на достъпа и качеството на здравните услуги;
- Повишаване броя роми, работещи в сферата на здравеопазването като здравни специалисти;
- Подобряване на общото здравословно състояние на ромите;
- Преодоляване на негативните нагласи спрямо ромската общност в сферата на здравеопазването.

1.6 Целеви групи на Програмата

Институции и организации: Целева група на Програмата са всички Второстепенни разпоредители с бюджетен кредити към Министъра на здравеопазването, Общини, Висши учебни заведения обучаващи в областта на медицината и здравеопазването, Дневни центрове, Общо-практикуващи лекари (ОПЛ), Лекарски обединения, Неправителствени организации. Университети и акредитирани за продължаващо обучение в областта на здравния мениджмънт, Служби по трудова медицин, държавни служби и институции, микробиологичните лаборатории в болниците, заетите в здравните служби и заведения и др.

Целеви групи на Програмата са:

Потенциално всички граждани.

Подобряване на управлението в сферата на здравеопазването:

Граждани страдащи от диабет, инфекциозни, психични, редки заболявания.

Детско здравеопазване:

Медицински университети

Центрове за психично здраве, в които работят специалисти с доказан опит в лечение на аутизъм

АГ специалисти и специалисти по медицинска генетика,

Физиотерапевти, кинезитерапевти, рехабилитатори, педиатри, детски невролози, клинични психолози, психиатрии, ОПЛ

Деца, страдащи от хронични заболявания (ДЦП, ендокринни), генетични заболявания, деца с ментални проблеми и с проявено аутистично поведение, деца с хранителни разстройства.

Репродуктивно здраве:

Млади хора на възраст от 12 до 25 години

Бременни жени от уязвими групи

Деца от 0 до 3 години

Лекари, АГ-специалисти, специалисти по медицинска генетика;

Медицински университети

Практикуващи мениджъри в здравеопазването.

Психично здраве:

Лечебни заведения и НПО

Хора с депресия и тревожност, хора със суицидни мисли, хора, преживели опит за суицид. Лица, преживели самоубийство на близък човек.

Психиатри, психолози, социални работници, професионалисти в областта на психичното здраве, първичната здравна помощ и спешната помощ. Медийни професионалисти, училищен персонал.

Болнични и здравни мениджъри, МВР, съд и прокуратура, следствие, Спешна помощ, отговорни лица в психиатричните сграционари и извънболничното лечение; администратори в управлението на здравеопазването, вземащи решения, основани на доказателства на местно, национално и регионално ниво;

Отеления с остро-психично болни

Психично болни

Областни съвети по психично здраве

Предизвикателства пред здравето на ромите

Студенти по медицина и медицински специалности;

1.7 Рискове и заплахи

Дългосрочни резултати №	Дългосрочен резултат	Описание на риска	Оценка		Risk mitigation plan
			Вероятност [нисък/среден/висок]	Ефект [нисък/среден/висок]	
1.	Подобрено управление в сферата на здравеопазването	Късно обявяване на поканите за проектни предложения Недостъчен брой кандидати Много на брой кандидати Неспазване на законодателството за обществени поръчки	Нисък Нисък Среден	Висок Висок Висок	Стриктно планиране и спазване на сроковете; Добър комуникационен план на програмата; ясни насоки за кандидатстване; организация на работа на оценителните комисии Предварителен контрол от страна на ПО

2.	Подобрен достъп и качество на здравните услуги, включващи репродуктивно и детско здравеопазване	Късно обявяване на поканите за проектни предложения Недостъчен брой кандидати Много на брой кандидати Неспазване на законодателството за обществени поръчки	Нисък Нисък Среден	Висок Висок Висок	Стриктно планиране и спазване на сроковете; Добър комуникационен план на програмата; Ясни насоки за кандидатстване; организация на работа на оценителните комисии Предварителен контрол от страна на ПО
3.	Подобрени грижи за психично здраве	Недостатъчно добро изпълнение на ремонтните дейности поради недостатъчно финансиране	Средно	Средно	Допълнително финансиране от други източници
		Неефективност на предприетите антистигма кампании поради невключване на ключови институции и медии в тях	Средно	Високо	Преоценка на предприетите медийни стратегии и ангажиране на повече представители на гражданското общество
		Противопоставяне на различните групи доставчици на медицински и социални услуги	Високо	Високо	Ангажиране на висши нива на изпълнителната власт за промяна на нормативната уредба

					на междуведомствено ниво
4.	Специфични предизвикателства за здравето на ромите	Недостъчен брой кандидати	Среден	Висок	Добър комуникационен план на програмата; ясни насоки за кандидатстване; организация на работа на оценителните комисии
		Неспазване на законодателството за обществени поръчки	Среден	Висок	Предварителен контрол от страна на ПО
5.	Управление на програмата	Закъснение на обявата за предложения	Среден	Висок	Реалистичен график Акуратни вътрешни процедури
		Закъснение на оценката на проектно предложение	Среден	Висок	Реалистичен работен план на Комисията по оценяване Висококвалифицирани оценители
		Промени в организационната сруктура на Програмния оператор и Поддържащото звено	Среден	Висок	Разработване на адекватна система за управление
		Липса на компетентен персонал	Среден	Висок	Редовно обучение Проучвателна мисия в

					държавите-донори и други програмни оператори Стимули – финансов и кариерно развитие
		Закъснели процедури за обществени поръчки	Среден	Висок	Реалистичен план за обществени поръчки Възможност за удължаване срока на някои проекти
	Управление на програмата	Закъснение на обявата за предложения	Среден	Висок	Реалистичен график Акуратни вътрешни процедури
		Закъснение на оценката на проектно предложение	Среден	Висок	Реалистичен работен план на Комисията за оценка Висококвалифицирани оценители
		Промени в организационната структура на програмния оператор и поддържащото звено	Среден	Висок	Разработване на адекватна система за управление
		Липса на компетентен персонал	Среден	Висок	Редовно обучение Проучвателна мисия в държавите-донори и други програмни оператори

					Стимули – финансов и кариерно развитие
--	--	--	--	--	--

1.8 Двустранни отношения

Тази програма е съставена по начин, който позволява да се изпълни горепосоченото на проектно ниво, чрез партньорство между бенефициенти и институции в страните - донори, заявявайки готовността за участие в изпълнението на проекта и така да се укрепят двустранните отношения. Насърчаване и улесняване на такова сътрудничество е отговорност на Програмния оператор.

Предвиден е следният инструмент за създаване и развиване на такова сътрудничество:

· Фонд за двустранни отношения на програмно ниво (1,5 % от средствата) – управляван от Програмния оператор.

Иниципирането на партньорството изисква подписване на партньорско споразумение, което ще бъде заверено от Програмния оператор.

1.8.1 Партньори на програмно равнище **Неприложимо.**

1.8.2 Партньори на проектно равнище

В рамките на настоящото програмно предложение, Програмния оператор ще насърчава партньорството на ниво проект между бенефициентите и организации от страните-донори, които са изявили интерес да участват в проекти като партньори.

Проектните партньори от страните донори могат да бъдат публични или частни организации, НПО работещи в обществен интерес. Ролята на програмния партньор ще бъде да подпомага бенефициентите при осъществяването на партньорствата, като за целта ще бъде сформиран т.нар. Фонд за двустранно сътрудничество. Целта на Фонда е да насърчава:

- Обмен на опит;
- Ноу-хау и технологии;и
- Обмен на добри практики.

Наличните средства във Фонда за двустранно сътрудничество ще бъдат в размер до 1.5 % от общия размер на допустимите средства по Програмата.

Кандидатстването ще се осъществява чрез подписването на Партньорско споразумение между конкретния бенефициент и партньорска организация от страните – донори. При кандидатстването следва да се спазват всички изисквания на законодателство на ЕС и националното законодателство.

1.9 Предефинирани проекти **Неприложимо.**

1.10 Малки грантови схеми

По резултат 2.2 - Повишаване на качеството на пренаталната диагностика, ще бъде осъществена малка грантова схема, по която ще могат да кандидатстват 28 болници от ниво II и 6 болници от ниво III. Те ще могат да кандидатстват за оборудване за пренатална диагностика и за обучение на АГ специалисти. След одобряване на проектите се предвижда да бъде осъществена централизирана обществена поръчка за доставка на оборудването, с цел постигане на по-добра цена поради големия обем на поръчката.

1.11 Хоризонтални въпроси

1.11.1 Добро управление

Програмата и изпълняваните проекти се предвижда да бъдат съобразени с основните принципи на доброто управление (прозрачност, ефективност, ефикасност, законосъобразност и интегритет).

1.11.2 Опазване на околната среда

Всички проекти ще бъдат съобразени със съответните екологични изисквания и няма да нанасят вреда на околната среда.

1.11.3 Икономическа устойчивост

Финансовата устойчивост на проектните предложения ще бъде част от критериите за оценка, както това ще бъде част от насоките за кандидатстване и апликационните форми. В оценителните комисии ще бъдат включени и финансови експерти, които ще анализират финансовото състояние на кандидатите и предложените бюджети и възможност за съфинансиране на проектните предложения.

1.11.4 Социална устойчивост

Програмата ще допринесе за по-добро качество на живот и повишаване на жизнения стандарт и здравния статус на населението.

Повишаването на информираността по специфични проблеми в здравеопазването ще доведе до повишаване на здравната култура, здравното обслужване на населението, професионалната квалификация на медицинските специалисти и по-добър достъп до здравните услуги за уязвимите групи.

Конкретните бенефициенти ще опишат социалната устойчивост на проектните предложения в апликационните форми.

1.11.5 Равенство между половете

Равните възможности между половете, като хоризонтален въпрос са в съответствие с целите на Финансовите механизми и намаляване на икономическите и социалните различия в ЕИП.

В Програмното предложение и в отделните проекти ще бъдат спазени принципите на равенство между половете, не дискриминация, основаваща се на пол, расов или религиозен признак. Във всички проектни предложения следва да бъде заложено равно заплащане на мъжете и жените, основаващо се на еднакви професионални качества.

1.12 Мониторинг на проектите от Програмния оператор

Мониторингът е процес на систематично събиране и анализ на информация, която да бъде използвана в процеса на определяне на постигнатите цели и желания ефект. Мониторингът на изпълнението на всеки проект позволява на Програмния оператор да адаптира своите средства за управление и да предвиди корективни действия, когато е нужно за изпълнение на целите на Програмата.

Общ преглед

Националният координатор е отговорен за изпълнението на всички програми, финансирани от Норвежкия финансов механизъм и Финансовите механизми на ЕИП 2009-2014г. Националният координационен комитет за мониторинг ще оценява прогреса по изпълнението на финансовите механизми на национално равнище.

В съответствие с чл. 4.7 /f/ „Отговорности на програмния оператор“ на Регламента, мониторингът на Програмата за обществено здраве и мониторингът на проектно ниво ще се

извършва от Програмния оператор – МЗ, с подкрепата на Звеното за подпомагане – дирекция „Оперативна програма техническа помощ“ (ОПТП) в Администрацията на Министерския съвет.

В този смисъл Програмният оператор ще бъде натоварен с ежедневен мониторинг на Програмата и изпълнението на проектите за да се осигури своевременно и точно изпълнение на всички процедури, да се оцени хода на изпълнение, да се идентифицират потенциални проблеми и да се предприемат корективни действия.

Видове мониторинг, осъществяван от Програмния оператор:

Процедурен мониторинг - е проверка на съответствието с Регламента на изпълнението на Норвежкия финансов механизъм 2009 – 2014г., Финансовия механизъм на ЕИП и съответното национално законодателство: поисканите разходи са съгласно националните правила за обществени поръчки и националните счетоводни стандарти; поисканите разходи са съгласно Регламента и националното законодателство за държавна помощ, защита на околната среда, равни възможности и недопускане на дискриминация, изпълнение на изискванията за публичност и информираност от страна на изпълнителите на проекта, навременно представяне на съответните доклади на Програмния оператор.

Технически мониторинг – е проверка дали извършваните от изпълнителите проектни дейности са съгласно одобрения график, бюджет и резултати както следва: продуктите и услугите, предмет на фактурите за поискани разходи, са доставени. Доставка на оборудване и неговото функциониране ще бъдат проверявани по време на проверки на място. При необходимост програмният оператор ще прибегва до външни технически дейности по мониторинг. Външната процедура ще съответства на разпоредбите на националното законодателство за обществени поръчки.

Финансов мониторинг – е проверка на истинността и точността на реално направените разходи, както следва: всички поискани разходи са заплатени и придружени с фактури или други документи с равностойна доказателствена стойност; всички представени документи са пълни и са проверени за точност на съдържанието и счетоводните термини; изпълнителят на проект води отделна сметка на разходите по проекта или те се водят отделно в счетоводната система; в случай, че по проекта са генерирани/получени приходи, те се идентифицират и вписват.

Основни инструменти за мониторинг

Два са основните инструменти за мониторинг ще бъдат използвани за целите на програмата – проверки на място и докладване.

Проверки на място: Този конкретен инструмент за мониторинг ще се използва за оценка на изпълнението и успеха на проекта, както и да се гарантира, че програмата постига очакваните резултати. Проверки на място, ще бъде насрочени от Програмния оператор в годишния мониторингов план. Проектите ще бъдат избрани въз основа на анализ на риска, както и нивото на сложност, ще бъдат провеждани и ад-хок посещения.

Докладване: Докладите са основните инструменти за оценка на ефективността на изпълнението на програмата и на отделните проекти. Те ще бъдат фокусирани върху напредъка на програма или проекта по отношение на планираните дейности и резултатите. Докладите ще предоставят информация за осъществените дейности през отчетния период, възникналите проблеми, коригиращи мерки, които са предприети или ще бъдат предприети, както и график на планираните дейности.

Система за мониторинг и докладване

Мониторингът на Програмата ще се извършва от Програмния оператор, със съдействието на Подкрепящото звено дирекция „ОПТП“ в Администрацията на Министерския съвет. Експерти по мониторинг от дирекция „МДП“ в Министерството на здравеопазването и дирекция „ОПТП“ на Министерския съвет ще бъдат включени в процеса на мониторинг. ☒

Бенефициентите по проекти ще представят на Програмния оператор доклади на всеки четири месеца. Програмният оператор ще разработи образци на мониторинговия доклад за редовните доклади и за годишния доклад. Докладите ще бъдат разгледани от мониторинговия експерт в дирекция „МДП“ в Министерството на здравеопазването и оценени и одобрени от дирекция „ОПТП“ в Министерския съвет.

Както Програмният оператор, така и Подпомагащото звено ще отговаря за подготовката и представянето на Годишния доклад за изпълнението на програмата на страните-донори, при спазване на изискванията в Приложение 9 на Регламента. Отчетения период ще обхваща една календарна година.

Годишният доклад трябва да бъде представен не по-късно от 15 февруари всяка година. След одобрението на Програмата, първият годишен доклад ще бъде представен през втората година. Окончателният доклад на Програмата ще бъде представен на страните-донори и Националното координационно звено, в съответствие с член 5.12 от Регламента, но не по-късно от 30 април 2017 г.

Контрол на изпълнението на тръжните процедури: Съгласно член 7.16 от Регламента, националното и правото на Европейския съюз за възлагане на обществени поръчки ще бъдат стриктно спазвани на всяко ниво при изпълнението на програмата и проектите. За тази цел Програмният оператор ще извършва тръжни процедури в съответствие с националното законодателство за възлагане на обществени поръчки. Подкрепящото звено ще упражнява предварителен контрол на всеки етап на тръжни процедури, провеждани от изпълнителите на проекти. В допълнение, те ще представят график на планираните тръжни процедури за възлагане на обществени поръчки.

Външен мониторинг

Външен мониторинг на програмата и / или индивидуални проекти ще се извършва в съответствие с разпоредбите на глава 10 „Външен мониторинг и одит“ от Регламента.

Мониторингов план (виж Анекс II).

1.13 Информираност и публичност

Предвидените мерки за информираност и публичност са в съответствие с изискванията на чл. 4.7. от Регламента.

Обща цел: Инициативите за информираност и публичност ще допринесат за постигане на основните цели на Норвежкия финансов механизъм и Финансовия механизъм на ЕИП:

- Намаляване на икономическите и социални различия в ЕИП;
- Укрепване на двустранното сътрудничество между страните-донори и страните-бенефициенти.

Специфични цели:

- Да допринесе за популяризирането на Норвежкия финансов механизъм и Финансовия механизъм на ЕИП на национално ниво и да утвърди основните им принципи;
- Да гарантира прозрачност, ефективност, популяризация и мултипликация на резултатите от изпълнението на Програмата;

- Да допринесе за намаляване на здравните неравенства и за подобряване на функционирането на здравната система и подобряване на здравния статус на населението;
- Да насърчи предприемчивостта сред заинтересованите страни в здравния сектор.

В съответствие с чл.4.7.2 от Регламента, Програмният оператор ще разработи комуникационен план за Програмата, Анекс III.

1.14 Управление

Програмният оператор ще изпълнява своите задължения по управление на Програмата в съответствие с чл. 4.7 и 4.8 от Регламента.

1.14.1 Управленска структура

Министерство на здравеопазването отговаря за изпълнението на Програмата в качеството си на **Програмен оператор**, съгласно Решение на Министерски съвет с № 151/23.02.2012 г. Министерство на здравеопазването ще бъде **подпомагано от Дирекция „ОТПП“** в Администрацията на Министерския съвет - **Подпомагащо звено** и от **СЗО, като Програмен партньор** на етап изготвяне на програмното предложение.

Разпределението на задълженията и отговорностите между Програмния оператор и подпомагащото звено се регламентират от Междунституционално споразумение между Министерство на здравеопазването на Република България и Администрацията на Министерския съвет за управление и изпълнение на програмата „Инициативи за общественото здраве“ по програмни области 13 и 27: „Инициативи за общественото здраве“, финансирани съвместно от Норвежкия финансов механизъм и Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство, подписано на 28 август 2012 г. в гр. София.

Функциите на Световната здравна организация в качеството ѝ на Програмен партньор на Програмния оператор се регламентират от подписания на 14.09.2012 г. Меморандум за разбирателство между Министерство на здравеопазването на Република България и Световната здравна организация, представлявана от Регионалния ѝ офис за Европа.

Взимайки предвид ролята на програмния партньор, описана в Чл 1.5. на Регламента, СЗО изрази своето желание и готовност да участват не само при подготовката на Програмното предложение, но в нейното изпълнение. Поради това, те предложиха да бъде подписан нов Меморандум за разбирателство за етапа на изпълнение на програмата. В този Меморандум се предвижда назначаването на технически експерт по общественото здраве. Този експерт ще изпълнява функциите на координатор на Програмата и ще бъде назначен чрез конкурсна процедура по правилата на СЗО. Владеенето на български език ще бъде съществено изискване. Длъжностната характеристика на експерта ще бъде разработена съвместно с Програмния оператор и СЗО. Позицията ще бъде финансирана от фондовете за управление на програмата и е обект на одобрение от страните - донори. Срокът на договора на експерта зависи от датата на началото на изпълнението на програмата. Експертът може да подпомогне Програмния оператор по време на всички етапи от изпълнението на програмата, или само при подготовката на поканите за проектни предложения и оценителната процедура.

Съгласно горесцитираното Междунституционално споразумение, **Подпомагащото звено** ще отговаря за финансовото управление и верификация на разходите и ще управлява банковата сметка по която донорите ще отпускат средствата за безвъзмездна помощ на изпълнителите на проекти. **Програмният оператор** носи отговорност за ефективната и ефикасна подготовка и изпълнение на Програмата като: изготвя програмното предложение, намира на предложения за проекти, приема документи и прави оценка на проектните предложения; сключва договори за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ за всеки одобрен проект; гарантира пред страните-донори, че финансираните проекти допринасят за постигане на общите цели на

Финансовия механизъм на ЕИП и Норвежкия финансов механизъм и специфичните резултати и цели на Програмата.

Структурата на Програмния оператор и Подпомагащото звено за управление на Програмата е представена в Анекс IV.

Дирекция „Международни дейности и протокол“ в МЗ е отговорна за подготовката, изпълнението и управлението на Програмата. За ръководител на Програмния оператор е определен директорът на дирекция „МДП“. Експерти от отдели „Проекти и програми“ и „Международни отношения и европейски въпроси“ дирекция „ОПТП“ в Администрацията на Министерския съвет ще изпълняват функциите на Програмен оператор, съгласно чл. 4.7. от Регламента.

Експерти от специализираните дирекции, съгласно своите компетенции ще участват в изготвяне на насоки за кандидатстване по отделните приоритетни области, критериите за оценка на проектни предложения на бенефициентите, ще вземат участие в комисии за оценка на проектни предложения и в дейностите по мониторинг.

Професионалните биографии на основните експерти, които ще бъдат ангажирани с програмирането и изпълнението на Програмата са приложени в Анекс V.

1.14.2 График на изпълнението

Да се приложи схема и обяснения на графика, показващи всички важни стъпки на изпълнение на Програмата.

№	Етап от изпълнението на програмата	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Подготовка на програмата	Март-Септ.					
	Одобрение на програмата и одобрение от страните-донори	Дек.					
	Подписване на споразумение за изпълнение на Програмата	Дек.	Ян.				
	Избор на изпълнител за подготовка на информационни материали за провеждане на комуникационната кампания		Ян. – Март				
	Подготовка на отворени покани за подаване на проектни предложения	Дек.	Март				
	Обявяване на отворени покани за подаване на проектни предложения		Април – Ноем.				
	Оценка на подадени проектни предложения		Юни	Март			
	Подписване на договори за финансиране на одобрените проекти		Юли	Април			
	Мониторинг изпълнението на проекти и отчитане		Август				Фев.
	График на докладване						
	Дейности по информиране и публичност						

1.14.3 Покани за подаване на проекти предложения

Поканите за подаване на проектни предложения ще бъдат провеждани за следните дейности:

Резултати	Подходящи кандидати	Приблизителна стойност
ПОКАНА 1. Резултат 1.1. 1.1.1. Национална база данни за имунизациите 1.1.2. Информационна система за обектите, излъчващи нейонизиращи лъчения 1.1.3. Създаване на национален регистър на пациентите със захарен диабет 1.1.4. Създаване на национален регистър на пациентите с редки болести Резултат 1.2. Подобряване на системата за психично здраве и опазване на психичното здраве	Директни бенефициенти: 1.1.1. – 1.1.4 Национален център по общественото здраве и анализи	1 690 981 Евро Включително 690 981 евро за резултат 1.1. и 1 000 000 евро за резултат 1.2.
ПОКАНА 2. Резултат 2.1. Подобряване на достъпа до комплексни услуги за сексуално и репродуктивно здраве на младите хора (12-25 години) и уязвимите групи. Резултат 2.2. Повишаване на качеството на пренаталната диагностика Резултат 2.3. Повишаване на качеството неонаталната грижа чрез модернизация на отделенията по неонатология Резултат 2.4. Подобряване на качеството и достъпа до	2.1. Медицински заведения, здравни заведения, общински власти, НПО 2.2. Болници от 2 и 3 ниво 2.3. Болници от 2 и 3 ниво 2.4. Медицински заведения, здравни заведения, общински власти, НПО	9 878 400 Евро, вкл. 2.1. 850 000 Е 2.2. 2 961 400 Е 2.3. 4 250 000 Е 2.4. 1 817 000 Е

<i>здравни грижи за деца с хронични, психични, инфекциозни и генетични заболявания</i>		
ПОКАНА 3 <i>Резултат 3.1. Подобряване на инфраструктурата за лечение на пациенти с психични заболявания</i>	<i>Държавни психиатрични болници</i>	<i>2 000 000 Евро, екл. 3.1. 1 600 000 Е</i>
<i>Резултат 3.2. Кампании за преодоляване на стигмата и дискриминационните практики по отношение боледуващите от тежки психични разстройства и промоция на психично здраве на работното място</i>	<i>Медицински заведения, НПО, университети</i>	<i>3.2. 400 000 Евро</i>
Покана 4 <i>Резултат 4 Повишена квалификация и образование на млади роми в областта на здравеопазването</i>	<i>Университети, НПО</i>	<i>789 000 Евро</i>

С цел оперативност и избягване на забавяне в изпълнението на програмата Програмният оператор предвижда паралелно публикуване на покани за подаване на проектни предложения, структурирани, съгласно очакваните резултати от изпълнението на програмата. Прогнозните стойности са определени на база проучване на реалните потребности от изпълнението на предвидените допустими дейности.

В случай на реализиране на спестявания и риск от неизползване на всички предвидени ресурси, Програмният оператор предвижда следните интервенции:

- Организиране на допълнителни отворени покани за набиране на проектни предложения;
- Преразглеждане на подадени проектни предложения, които са включени в резервния списък на етап оценка.

1.14.4 Избор на проекти

За оценка на проектите предложения, Програмният оператор създава Оценителна комисия, съгласно изискванията на регламентите на ФМ на ЕИП и НФМ.

Всички членове на оценителната комисия подписват декларация за конфиденциалност и декларация, за липса на конфликт на интереси.

Оценителната комисия ще оценява проектите предложения на база детайлно разработени критерии за подбор, които ще дефинират аспектите, които ще бъдат оценявани, както и тежестта на всеки критерий и как отделните аспекти допринасят за постигането на очакваните резултати на ниво програма и очаквани резултати на ниво проект.

Оценителната комисия осъществява и оценка на административното съответствие и допустимост на кандидата. Ще бъде дадена възможността на кандидатите в периода на

кандидатстване да задават въпроси в срок до 10 дни преди крайния срок за подаване на проектно предложение. Въпросите и отговорите ще бъдат публикувани на сайта на Програмния оператор.

Комисията завършва работата си с протокол, включващ оценка на апликационните форми и качествения контрол по отношение релевантността, планирането, дизайна на проекта, устойчивост, финансови прогнози, рискове, административен капацитет, идентифициране на всяка допълнителна информация, която е необходима, както и всякакви необходими изменения, които ще допринесат за подобряване на проекта.

Председателят на оценителната комисия предоставя протокола от дейността на оценителната комисия и всички доказателствени материали в процеса на оценка. На база на тези данни ръководителят на Програмния оператор ще издаде решение за класиране.

В случай на съгласие от страна на класирания кандидат, включително след предложени изменения в дейности и бюджет, се пристъпва към подписване на договор за изпълнение на проекта.

В процеса на работа на оценителната комисия следва да се поддържа комуникация с кандидатите при изискване на допълнителна информация, както и при необходимост от изясняване на дейности и бюджетни пера.

Отхвърлените кандидати имат право на обжалване на решението на Ръководителя на Програмния оператор в срок от 10 работни дни след получаване на известие за класиране. Оценителната комисия има правото да разгледа жалбите в срок от 10 работни дни и да издаде мотивирано решение пред Ръководителя на програмния оператор. Същият се произнася в срок от 5 дни. Всички останали възникнали спорове се решават съгласно разпоредбите на българското законодателство.

1.14.5 Финансово управление

Системата на финансови плащания по Финансовия механизъм на ЕИП и Норвежкия финансов механизъм 2009-2014 г. е регламентирана на национално ниво в Меморандумите за разбирателство между Република България и страните-донори, както следва:

- Национално координационно звено в Администрацията на Министерския съвет
- Сертифициращ орган в Министерство на финансите
- Програмни оператори
- Одитираща институция

Финансовото управление на Програмното предложение ще се осъществява, съгласно изискванията на Регламента. Допустимостта на разходите ще бъде съгласно чл. 7.2 до 7.7. от Регламента.

Дирекция „ОПТП“ в Администрацията на Министерския съвет, съгласно подписаното Междуетноститионално споразумение ще осъществява финансовото управление на програмата. Ще поддържа специална банкова сметка в БНБ, електронна система СЕБРА, в която ще постъпват средства само по програмата. Тази сметка няма да бъде олихвявана. Верификацията на разходите ще се извършва от служители на дирекция „ОПТП“.

Задължително условие за всеки от изпълнителите на проекти е да не генерира печалба от изпълнението на проекта.

Предвиждат се авансови плащания до 20 % от общата допустима стойност на гранта.

Останалите плащания ще се правят периодично на база одобрени доклади на изпълнителите на проекти, искания за плащания по формат, зададен от Програмния оператор и верифицирани разходи. До 10% от сумата на гранта ще бъде изплатена като финално плащане след приключване на проектните дейности и одобрение на окончателен доклад на изпълнителя на проекта.

Изпълнителите на проекти ще предоставят доклади 3 пъти в годината за извършени дейности, включително и финансови доклади. При необходимост, Програмният оператор ще

аутсорсва определена част от верификациите за извършени финансови разходи от бенефициентите. Процедурата по аутсорсване ще бъде извършена съгласно действащото национално законодателство за обществени поръчки.

1.14.6 Промяна на проекти

Правилата за промяна в параметрите на договора за отпускане на грант се част от Насоките за кандидатстване по съответната приоритетна област и са предварително договорени между страните. Промяната в параметрите на договора за грант могат да бъдат инициирани от всяка от договарящите се страни.

Искането за промяна на договора от страна на изпълнителя на проект се придружава от подробна обосновка за мотивите, които налагат съответната промяна – как това ще се отрази на целите на проекта, времеви график на дейностите и бюджета на проекта, както и всяка друга необходима информация за обосноваване на исканата промяна.

Програмният оператор разглежда исканията за промени и има правото да изиска допълнителна информация, ако счете това за нужно. Той се произнася по искането в срок от 15 работни дни.

Цялостния процес по отношение на процедурните правила за промяна на договора за грант ще бъде описана в Системата за управление и контрол на Програмния оператор.

Модификации, могат да бъдат искани в следните случаи:

- Промени в дейностите, които директно въздействат върху целите, резултатите и/или индикаторите на проекта, които биха променили изцяло целите, резултатите и/или индикаторите не се допускат;
- Промени в бюджета, които надвишават 15% или 30 000 евро от общата стойност на проекта или стойността на дадена част от проекта.
- Удължаване на срока на проекта;
- Възможните по-малки или други промени, възникващи в хода на изпълнението на проекта, следва да бъдат описани в Докладите по проекта. Ако Програмният оператор сметне за необходимо проекта да бъде променен, то той следва официално да отправи обоснована препоръка към бенефициента.

1.15 Бюджет

1.15.1 Бюджетни пера

	ЕИП и НФМ (a)	Национално съфинансиране (b)	Общи допустими разходи (c) = (a)+(b)		Недопустими разходи (d)	Общо разходи (e) = (c) + (d)
	€	€	€	% от общите	€	€
Управление на програмата	945188,10	166797,90	1111986	7,05%	0	1111986
Резултат 1	1 437 333,85	253647,15	1690981	10,71%	0	1690981

Резултат 2	8 396 640	1 481 760	9878400	62,59%	0	9878400
Резултат 3	1 700 000	300 000	2000000	12,67%	0	2000000
Резултат 4	678 300	119 700	798 000	5,06%	0	798 000
Допълнителна дейност	0	0	0	0	0	0
Фондове за двустранни отношения	201225,50	35 510,39	236 735,93	1,50%	0	236 735,93
Подготвяне на програмно предложение	34000	6000	40000	0,25 %	0	40000
Резерв за загуба при валутен обмен	22312,50	3937,5	26250	0,17%	0	26250
ВСИЧКО	13415000	2367352,94	15782352,94	100%	0	15782352,94

Годишно разпределение по пера на финансирането от Финансовия механизъм на ЕИП

Бюджетни параметри	2012	2013	2014	2015	2016	Общо
Управление на програмата		333595,8	333595,8	333595,8	111198,6	1111986
Резултат 1		490981	1000000	200000		1690981
Резултат 2		1878400	6000000	2000000		9878400
Резултати 3		400000	1500000	100000		2000000
Резултати 4		266000	266000	266000		798000
Фондове за двустранни отношения			100000	120000	16735,93	236735,93
Допълнителна дейност						
Подготвяне на програмно предложение	40 000					40000
Резерв за загуби от разлики във валутни курсове		5000	16000	5000	250	26250
Общо		3368976,8	9199595,8	3019595,8	127934,53	15782352,93

Подробен бюджет за управление на разходите на Програмния оператор

Категория разходи	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Подготвяне на програмното		11986				11986

изпълнение						
Избор и оценка на проект		30000	30000	30000	10000	100000
Верификация на исканията за плащане, трансфер на плащания		75000	75000	75000	25000	250000
Мониторинг на проекти		90000	90000	90000	30000	300000
Одити и проверки на проекти на място		75000	75000	75000	25000	250000
Публичност и информираност		30000	30000	30000	10000	100000
Докладване на донорите и на националните власти		5109,8	17095,8	17095,8	6048,6	45000
Откриване и управление на банкови сметки		1500	1500	1500	150	5000
Режийни разноски		15000	15000	15000	5000	50000
Общо		333595,8	333595,8	333595,8	111198,6	1111986

Подробен бюджет за подготвяне на програмно предложение

Категория разходи	Единици	Единична цена	Сума (€)
Възнаграждения за екипа на Програмния оператор	0	0	0
Пътни и дневни разходи	0	0	0
Предпроектно проучване, вкл. Възнаграждение на експерти	1	36000	36000
Разходи за превод	2	2 000	4000
Подготвяне на обществена поръчка и държавна помощ	0	0	0
Обществена консултация	0	0	0
Общо			40000

1.15.2 Авансово плащане

Бюджетни параметри	Поискан аванс (€)
Управление на програмата	200 000
Въведи първи резултат	

Въведи втори резултат	
Въведи повече резултати	
Фондове за двустранни отношения	
Допълнителна дейност	
Подготвяне на програмно предложение	40000
Резерв за загуби от разлики във валутни курсове	200
Общо	240200

1.16 Преглед на необходимите анекси към Програмното предложение

- I. Списък на съкращенията
- II. Мониторингов план
- III. Комуникационен план
- IV. Схема/и на управленската структура
- V. Биографии на ключови експерти на Програмния оператор
- VI. Статистическо приложение

1.17 Подписи

За Програмен оператор

Удостоверявам, че съм надлежно упълномощен да подпиша това предложение от името на Програмния оператор, че изцяло прегледах всички становища и информацията, изложена в това предложение и че те са верни и точни. Потвърждавам, че тази Програма ще бъде изпълнена, както е описано в това предложение и че поисканият грант отразява точно това, което е необходимо като минимум за изпълнението и завършването на Програмата.

Съгласен съм Офисът на Финансовия механизъм да публикува резюме на това Програмно предложение на своя уебсайт и предложението да може да бъде оповестено по силата на Законите за свобода на информацията на страните от ЕИП и ЕФТА.

				Допълнителен втори подпис		
Име						
Длъжност						
Организация						
Подпис						
	Ден	Месец	Година		Ден	Месец година

Дата						
------	--	--	--	--	--	--

За Програмен партньор /да се повтори като необходимо/

Удостоверявам, че съм надлежно упълномощен да подпиша това предложение от името на моята организация и че тя е съгласна да участва в изпълнението на тази Програма. Аз изцяло прегледах всички становища и информацията, изложена в това предложение и те вярно и точно описват ролята на моята организация и отговорностите ѝ към тази Програма.

	Допълнителен втори подпис						
Име							
Длъжност							
Организация							
Подпис							
	Ден	Месец	Година		Ден	Месец	Година
Date Дата							

За Националното координационно звено

Удостоверявам, че съм надлежно упълномощен да подпиша това програмно предложение от името на Националния координатор, че прегледах всички становища и информацията и че потвърждавам, че то е в съответствие с Меморандума за разбирателство.

	Допълнителен втори подпис						
Име							
Длъжност							
Организация							
Подпис							
Дата	Ден	Месец	Година		Ден	Месец	Година

Анекс I
Таблица на съкращенията

1. **АМР** – Антимикробна резистентност
2. **АМС**- Администрация на Министерски съвет
3. **АСП** - Асоциация за социално подпомагане
4. **БПС**- Българска психиатрична асоциация
5. **БФ**- Бюджет и финанси
6. **БШПБХ**-Българо-Швейцарска програма за болнична хигиена
7. **ДВ** - "Държавен вестник"
8. **ДНК** - Дезоксирибонуклеинова киселина
9. **ДФЕС** – Договор за функциониране на Европейския съюз
10. **ОП**- "Обществени поръчки"
11. **ПВО**- „Пресцентър и връзки с обществеността „
12. **ОЗ**- „Обществено здраве”
13. **ЕИП** - Европейско икономическо пространство
14. **ЕС** –Европейски съюз
15. **ЕС –НИ**- Експертен съвет за превенция и контрол на нозокомиалните инфекции
16. **МВР**- Министерство на вътрешните работи
17. **МД** - Медицински дейности
18. **МДП** –Международни дейности и протокол
19. **МЗ** - Министерство на здравеопазването
20. **МКБ**- Международна класификация на болестите
21. **МКЗНЛ** -Международната комисия за защита от нейонизиращи лъчения

- 22. МТСП** - Министерството на труда и социалната политика
- 23. УСЛЗ- ТД** - Управление на собствеността на лечебните заведения – търговски дружества
- 24. НЗОК Национално здраве и осигурителна каса**
- 25. НИ-** Нозоминални инфекции
- 26. НПО-** Неправителствени организации
- 27. НФМ** – Норвежки финансов механизъм
- 28. НФЦ-** Национален фокусен център
- 29. НЦОЗА** Националния център за обществено здраве и анализи
- 30. ОПЛ-** Общопрактикуващи лекари
- 31. ОПТП-** Оперативна програма „Техническа помощ,Администрация на Министерски съвет
- 32. ПЗРМ-** Промоция на здравето на работното място
- 33. СПИ** - Сексуално предавани инфекции
- 34.** Програма ФАР
- 35. ПРООН-** Програмата за развитие на ООН
- 36. СЗО** - Световната здравна организация
- 37. УФМ** - Управление на финансовия механизъм
- 38. ФМ** – Финансов механизъм
- 39. ЦБ-** Целебрална парализа

Анекс II

Мониторингов план

Обща информация

Мониторингът на проектите ще се извършва според годишния Мониторингов план. Планът ще бъде ревизиран ежегодно в анекс към годишния Програмен доклад.

Мониторинговият план ще съдържа следните основни елементи:

- a) план за събиране и измерване на индикатори;
- b) всички планирани за периода прегледи;
- c) броят на планираните посещения за мониторинг на място

• Отговорници

N.B. Ежедневните функции по мониторинга ще се извършват от Програмния оператор и Подкрепящото звено. Ако е необходимо, Програмният оператор ще аутсорсва технически мониторингови дейности. Процедурата по аутсорсинг ще протича според правилата на националните разпоредби за обществени поръчки.

• Специфични цели

Целта на проектния мониторинг е да потвърди, че основния обхват на проекта, както е описан в договорите с проектните изпълнители, е коректно изпълнен и че предприетите дейности целят постигане на целите както на проектите, така и на Програмата.

Мониторингова методология

В съответствие с приетата от Програмния оператор методология, годишният мониторингов план ще вземе предвид проектите, които включват следните елементи на риск:

- Некоректно използване на отпуснатата безвъзмездна помощ
- Забавено начало на изпълнение на проекта или провалено начало на изпълнението на проекта
- Нередности при изпълнението на проекта
- Забавено приключване на проекта
- Невъзможност на бенефициента да изпълни своите задължения, залегнали в грантовото споразумение.

Основни мониторингови инструменти

Две основни техники ще бъдат използвани за целите на мониториране на програмата – посещения на място и докладване.

Посещения на място: Този специфичен мониторингов инструмент ще бъде използван за оценка на успеха от изпълнение на проектите от изпълнителите на проекти и да гарантира, че Програмата постига очакваните резултати. Визитите на място ще бъдат планирани в годишния план. Предефинираният проект ще бъде мониториран регулярно – при започване, годишно и с посещения на място. Посещенията на място могат да се предварително определени или избрани на произволен принцип в зависимост от резултатите, които следва да постигне мониторинга. Изборът на проекти, които да бъдат посетени зависи от тяхната комплексност, риск и или политическа значимост.

По време на посещенията на място ще бъдат взети предвид следните моменти:

- Степен на постигане на целите и индикаторите на отделния проект, определени в споразумението за грант.

- Степен на реализация на основание на направените предположения във финансовата част на договора (напредък по отделни дейности)
 - Степен на усвояване на бюджета на основание направените прогнози във финансовата част на договора
 - Допустимост на направените разходи, осигуряване на съфинансирането, документиране на принос в натура (ако има такъв)
 - Генериране на приходи от проектите
 - Изпълнение на ангажиментите в края на проекта
 - Спазване на принципите на партньорство в съответствие и споразумението за партньорството
 - Реализация на проектите в съответствие в одобрената тръжна документация
 - Поддържане и наличие на изискуемите документи
 - Реализация на дейностите по информираност и публичност на ниво проект
 - Оценка на риска, свързан с ненавременно изпълнение на и риск от неизпълнение на съществена част от проекта
- **Визити „ad hoc”**
Ще бъдат провеждани посещения „ad hoc”.
 - **Докладване:** Докладите са основен инструмент за оценка за качеството на изпълнение на Програмата и на индивидуалните проекти. Те ще се фокусират върху настоящия ход на Програмата или проекта по изпълнение на планираните дейности и резултати. Докладите ще информират за извършените дейности през отчетния период, появилите се проблеми, корективните мерки, които са били предприети или ще бъдат предприети, както и график на планираните дейности.

Система за мониторинг и докладване

- Мониторингът на Програмата и на проектно ниво ще се извършва от Програмния оператор с помощта на Подкрепящото звено Д „ОТППТ” към Министерския съвет. Експерт по мониторинг от Д „МДП” в МЗ и от Д „ОТППТ” ще бъдат включени в мониторинговия процес.
- Проектните изпълнители ще представят доклади на всеки четири месеца. Проектните оператори ще разработят образец на мониторингов доклад за редовните доклади на всеки четири месеца и за годишния доклад. Докладите ще бъдат преглеждани от мониторинговия експерт на Д „МДП” на МЗ и оценявани и одобрявани от Д „ОТППТ” към Министерския съвет.
- Както Програмният оператор, така и Подкрепящото звено ще бъдат отговорни за подготовката и предаването на **Годишен доклад за изпълнение на Програмата** на Националния комитет за мониторинг на финансовия механизъм /НКМФМ/ според изискванията на Анекс 9 на Регламента. Периодът на докладване ще обхваща една календарна година.
- Годишният доклад следва да бъде предаван не по-късно от 15 февруари всяка година. След одобряване на Програмата първият годишен доклад ще бъде предаден през втората година. Финалният програмен доклад ще бъде предаден на НКМФМ и на Националния координатор в съответствие с чл. 5.12 от Регламента, не по-късно от 30 април 2017г. Като правило, контрол в края на реализирането на проекта се прави след като проектните изпълнители са представили на Програмния оператор последното искане за плащане.

- **Контрол по изпълнение на тържните процедури:** Съгласно чл. 7.16 Регламенти, националното и ЕС законодателство ще бъдат стриктно спазвани при обществените поръчки при изпълнението на програмата и отделните проекти. За тази цели изпълнителите на проекти при провеждане на тържните процедури ще спазват Закона за обществените поръчки. Подпомагащото звено, Дирекция "ОПТП" в Администрацията на Министерския съвет ще прави ex-ante оценка на процедурите, извършвани от изпълнителите на проекти. В допълнение, изпълнителите на проекти ще предоставят план за провеждане на обществени поръчки.

Външен мониторинг

- Външен мониторинг на програмата или индивидуалните проекти ще бъде провеждан в съответствие с изискванията на глава 10 от Регламента.

Анекс III

Комуникационен план

Стратегически преглед

Комуникационният план е разработен в съответствие с чл. 4.7.2 от Регламента и според изискванията за Информираност и публичност в Анекс 4.

Основната цел на Плана е да отправи ясни послания към главните целеви групи относно възможностите и ползите, предлагани от Програмата за инициативи в общественото здравеопазване:

- Потенциални проектни изпълнители и програмни партньори от страните-донори;
- Обществеността, национални координатори, офиси на финансовия механизъм, съответните власти, медиите

Цели

- Да се подобри обществената осведоменост относно Норвежкия финансов механизъм и финансовия механизъм на ЕИП на национално равнище и да се разясни фундаменталният принцип на двата механизма.
- Да се осигури прозрачност, ефективност, видимост и мултиплициращ ефект на резултатите на Програмата.
- Да се допринесе за намаляване на здравните неравенства, да се подсили здравната система и да се подобри здравният статус на нацията.
- Да се насърчи инициативността между основните изпълнители в сектор здравеопазване.

Публика

Както се посочва по-горе, Програмата засяга две основни целеви групи:

- Първична целева група: Потенциални проектни изпълнители и програмни партньори от страните-донори;
- Вторична целева група: Обществеността, националните координатори, офисите на финансовия механизъм, съответните власти, медиите.

Първичната целева група играе главна роля при изработване на комуникационната стратегия и следователно би трябвало да служи за референтен инструмент по време на всички етапи на програмното изпълнение: покана за предложения, оценка, избор, мониторинг и др.

Вторичната целева група ще бъде достигната чрез следните предвидени дейности: основни конференции, постинги на уебстраници, тримесечни бюлетини, информационни материали/брошури, сувенири, редовни доклади, прессъобщения и др./.

Методи и график

Основните предвидени дейности в комуникационния план са изброени в таблицата по-долу:

	Комуникационен инструмент	Цел	Дейности	Целеви групи	График
1.	Първа конференция за обявяване на Програмата	Въвеждане в целите и наличните ресурси на ФМ на ЕИП 2009-2014г. и Програмата на МЗ; Обявяване на предефинирания проект;	Публикуване на съответната информация на уебсайта на МЗ; Публикуване на информацията в националните медии	Заинтересовани страни; Медии; Общественост;	Начало 2013
2.	Програмна секция на уебсайта на МЗ*	Да предостави обща информация за ФМ на ЕИП за 2009-2014г. и Програмата на МЗ, вкл. съответната документация за нуждите на проектите изпълнители.	Редовно актуализиране на страницата с информация за текущите покани за предложения, двустранни възможности за сътрудничество, тръжни правила, мониторинг и финансови правила, наръчник за визуализация, електронна версия на рекламните материали, полезни връзки.	Заинтересовани страни; Медии; Общественост;	2013
3.	Тримесечни електронни бюлетини	Да осигури преглед на изпълнението на Програмата	Бюлетинът ще се разпространява по електронен списък на проектите изпълнители, съответни институции, медии, уебсайт на програмния оператор, уебсайт на националния координатор и на ФМ и др.	Потенциални кандидати; Проектни изпълнители; Заинтересовани страни; Медии; Общественост;	2013-2017
4.	Прессъобщение	Да предоставя информация за важни събития по време на	Прессъобщенията ще бъдат публикувани на главната уебстраница на МЗ и на секцията за	Потенциални кандидати; Програмен оператор; Заинтересовани	2012-2017

		изпълнение на Програмата	Програмата	страни; Медии; Общественост;	
5.	Съобщения във вестниците	Да предоставят информация за текущи покани за предложения	Съобщенията ще бъдат публикувани в местни ежедневни и седмични вестници и специализирани списания.	Заинтересовани страни; Медии; Общественост; Програмни оператори; Проектни изпълнители;	2012-2017
6.	Промоционални материали*	За улесняване визуализацията на Програмата	По време на рекламни мероприятия	Заинтересовани страни; Медии; Общественост; Програмни оператори; Проектни изпълнители;	2013-2017
7.	Информационни дни за откриване на поканата за предложения за двустранно сътрудничество*	Да се информират кандидатите за възможностите за двустранно сътрудничество	Информационните дни ще бъдат организирани след публикуването на съответната покана с възможно участие на представители на партньорските институции от страните-донори	Национални власти и НПО	2013-2014
8.	Информационни дни за откриване на покана за предложения*	Да помогнат на проектите изпълнители да изпълнят специфичните изисквания	Информационни дни в 6-ия планов район ще бъдат организирани след публикуване на всяка покана за предложения	Заинтересовани страни; Медии; Общественост	2013-2014
9.	Обучение на проектни изпълнители	Да се запознаят със специфичните изисквания за проектно изпълнение	Еднодневно обучение на проектни изпълнители	Всички проектни изпълнители	2013 - 2015
10.	Финална конференция	Да представи резултатите от Програмата	Да представи резултати, добри практики, научени уроци.	Изпълнители на проекти; кандидати; Програмни оператори;	2017

				Заинтересовани страни; Страните-донори Медии; Общественост	
--	--	--	--	---	--

Програмен уебсайт *

Ще бъде разработен двуезичен уебсайт на Програмата / на български и на английски език/. Разработката на уебсайта ще бъде предоставена на подизпълнител в съответствие с националните правила за обществени поръчки. Уебстраницата ще включва следната информация:

1. Информация за общите цели на финансовия механизъм/и;
2. Информация за двустранното сътрудничество с донорска държава/и;
3. Информация за всички програми;
4. Информация за въздействието на помощта от финансовия механизъм;
5. Преглед на откритите покани по програмата;
6. Съответната документация;
7. Линк към уебсайта на финансовите механизми;
8. Връзки към уебсайтовете на всички национални програмни оператори;
9. Връзки към уебсайтовете на други заинтересовани институции и социални мрежи;
10. Информация за контакт с Програмния оператор.

Промоционални материали *

Двуезична брошура /български-английски/ - предоставяща преглед на приоритетния сектор на грантовете на ЕИП и Норвегия за хуманитарно и социално развитие, обща информация за Програмата за обществено здравеопазване.

Двуезична брошура /български-английски/ - рекламираща резултатите на Програмата/български-английски/ - предоставяща данни за финансирани проекти, основни постижения и въздействие, успешни практики.

Дипляната и брошурата ще бъдат качени на уебстраницата и разпространени сред различни организации – НПО и професионални съюзи в здравния сектор, местни власти, подчинени на МЗ структури /РЗИ, второстепенни разпоредители с бюджетни кредити/, национален координатор, медицински университети и др. Брошурата, рекламираща резултатите на Програмата ще бъде представена и разпространена по време на финалната конференция и ще бъде достъпна и он-лайн.

Постери и плакати

Сувенири – химикалки, бележници, календари, стикери, флашки, чанти, фланелки и др.

Кампания за публичност

Информационни дни – те ще бъдат организирани в 6-те планови икономически региона на България – Североизточен, Северен централен, Северозападен, Югоизточен, Южен централен, Югозападен. Съобщение за планирани информационни дни ще бъде публикувано на уебстраницата на програмния оператор и на уебстраницата на националния координатор. По време на информационния ден екипът на програмния оператор ще обясни подробно на потенциалните кандидати правилата и процедурите за кандидатстване. За да се даде възможност

на потенциалните кандидати да се запознаят със съответната документация, информационните дни ще бъдат организирани не по-рано от 10 дни след началото на съответната покана. Екипът на програмния оператор ще подготви презентация по време на инфо сесията, след която ще има сесия за въпроси и отговори. Презентацията ще бъде качена на уебстраницата на програмата.

Обучение на проектни изпълнители – след подписване на договорите с проектните изпълнители ще бъдат организирани обучения. По време на обученията, изпълнителите ще се запознаят с изискванията на управление и изпълнение на проектите. Ще бъде изработен наръчник за обучение.

Обучения на проектни изпълнители – след подписването на договорите с проектните изпълнители ще бъдат организирани едnodневни обучения. По време на обучението проектните изпълнители ще се запознаят с изискванията за управление и изпълнение на проекта. Ще бъде подготвен обучителен комплект.

Индикативен бюджет

Планираните дейности по Комуникационния план са в бюджета на разходна категория „Рекламирање и информация“ на управлението на разходите на програмния оператор. Следните ресурси се предвижда да покрият планираните дейности:

Разходна категория в €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Общо
Промотиране и информация	0	34 000	3 500	3 500	4000	6000	58 000

Критерии за оценка

Комуникационен инструмент	Дейност	Срок	Показател	Количество
Програмна уебстраница	Дизайн и актуализиране	Постоянен	Брой посещения	Мин. 1000 годишно
Промоционална кампании	Пресконференции	В началото и края на програмата	Брой проведени конференции Брой поканени Брой поканени представители на меди Брой участници Брой представители на медиите	Не по-малко от 100 поканени Не по-малко от 50 гости Мин. 15 поканени журналисти Мин. 10 присъствали журналисти

	Пресъобщения	Редовно публикуване, когато има важна информация	Брой разпространени пресъобщения	Мин. 5
	Тримесечни електронни съобщения/пisma	4 пъти годишно	Брой разпространени електронни писма	Не по-малко от 150 разпространени по е-мейл списъци и други комуникационни канали
	Съобщения във вестниците	Когато се открие покана, предвидени са 6 покани;	Брой публикувани съобщения	Мин. В 3 вестника или списания на покана
	Информационни дни	Когато се открие покана, 6 покани в 6 региона	Брой участници в инфо ден във всеки регион	Не по-малко от 26 участника
	Обучения на проектни изпълнители	След подписване на договор	Брой организирани обучения Брой проектни изпълнители	Най-малко 6 Не по-малко от 20 на обучение
Промоционални материали	Печатна двуезична брошура	В началото на програмата	Брой отпечатани и разпространени дупляни	Мин. 1500
	Двуезични брошури	В края на програмата	Брой отпечатани и разпространени дупляни	Мин. 750
	Постери	По време на изпълнението на програмата	Брой отпечатани и разпространени постери	Мин. 500
	Плакати	В началото на програмата	Брой на отпечатани плакати	Мин. 3
	Други промоционални материали/сувенири/	В началото на програмата	Брой произведени и разпространени сувенири	Мин. 200 от вид

Отговорна институция

Програмният оператор е отговорен за изпълнението на Комуникационния план.

Анекс IV
Схеми на управленската структура

Управленска структура

Имена и структура на дирекциите, които могат да изпълняват функциите на не-изпълнителен Програмен оператор:

- Програмен оператор – Дирекция “Международни дейности и протокол” в Министерство на здравеопазването (Д „МДП”)
- Подкрепящо звено на Програмния оператор – Дирекция „ОПТП” в Администрацията на Министерския съвет

Подкрепен е от следните специализирани дирекции на МЗ:

- Дирекция „Бюджет и финанси” - Д „БФ”,
- Дирекция “Обществено здраве” - Д „ОЗ”
- Дирекция “Медицински дейности” - Д „МД”
- Дирекция “Обществени поръчки” – Д „ОП”
- Дирекция “Управление на собствеността и на лечебните заведения – търговски дружества” – Д „УСЛЗ-ТД”
- Дирекция „Пресцентър и връзки с обществеността” – Д „ПВО”

Описание на основните отговорности и компетенции: съгласно съответната област и според управлението на ресурси от ЕС и други донори/:

Д „МДП” – Програмен оператор – отговорен за координацията на процеса на подготовка и изпълнение на Програмата; изпълнява дейностите по управление съвместно с Д „ОПТП” в Администрацията на Министерския съвет.

Д „БФ”, Д „ОЗ”, Д „УСЛЗ-ТД”, Д „МД” – участват в избора на проектни предложения и разработване на критерии за избор;

Д „ОП” – подкрепя Програмния оператор за подизпълнение в съответствие с националните правила за обществени поръчки;

Звено „ПВО” – помага на Програмния оператор в изпълнението на Комуникационния план.

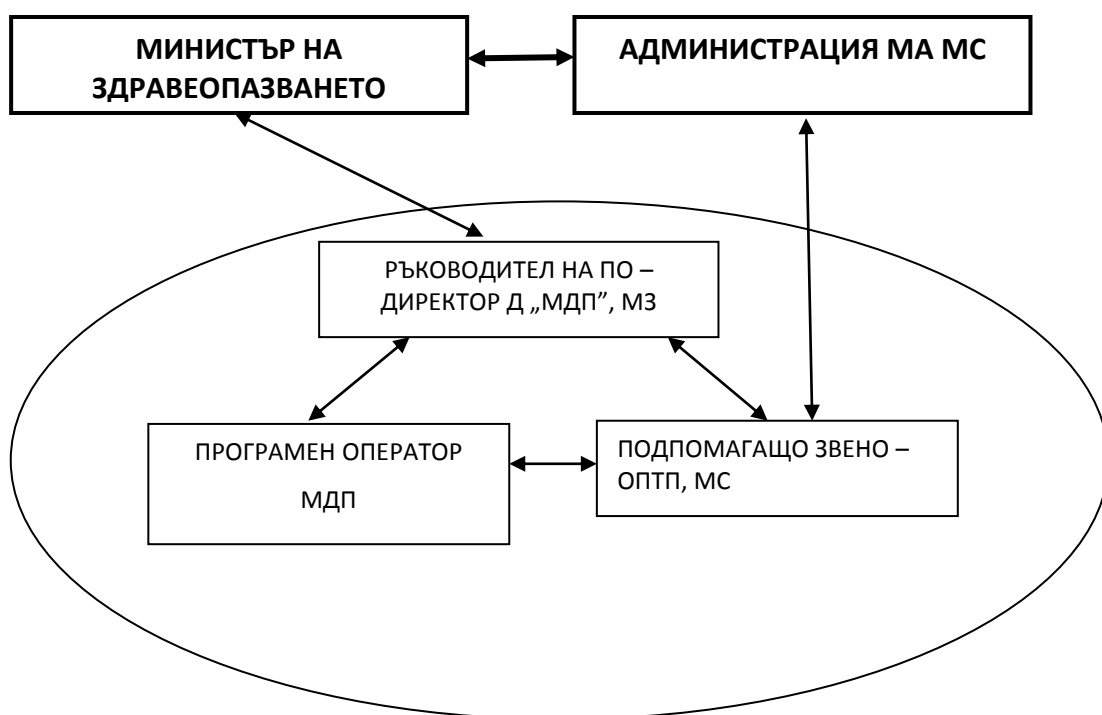
Езикови умения на персонала: Екипът на Програмния оператор и подкрепящото звено – много добро ниво на ползване на английски език.

Числен състав на персонала:

Екип на Програмния оператор – Д „МДП” – 23 експерта

Екип на Подпомагащото звено - Д „ОПТП” - 17 експерта

Органиграма на Програмния оператор



Анекс V

CV на ключовите експерти на Програмния оператор

Анекс VI

Статистическа информация

- **Раждаемост**

През последните 20 години **раждаемостта в България е ниска**. Нейният спад започва след 1990 г. и през 1995 г. достига най-ниско ниво - 8,6 на 1000 души. След което този показател започва слабо да нараства, като достига до 10,0 на 1000 души през 2010 г., но въпреки това раждаемостта остава **по-ниска от средната в ЕС-10.78%**. Постепенното нарастване на раждаемостта през последните 15 години се дължи предимно на повишаването на плодовитостта на родилните контингенти, измерена чрез тоталния коефициент на плодовитост. От 1990 г. **тоталният коефициент на плодовитост** спада до 1,23 през 1995 г., след което започва да се покачва и през 2009 г. достига най-високата стойност за последните 20 години? – 1.57. През 2010 г. отново има спад на **1.49 деца, което е по-ниско от нивата на страните от Европейския съюз**. Тоталният коефициент на плодовитост общо за Европейския съюз по данни за 2009 г. е 1.6 деца.

Повишаването на плодовитостта обаче не е в състояние да компенсира намалението на раждаемостта. Много фактори от различен характер оказват влияние върху равнището на раждаемостта в България. Сред тях са и емиграцията и намаляването на жените в детеродна възраст, което също се отразяват неблагоприятно върху показателя за раждаемост.

От демографска гледна точка решаваща е ролята на родилните контингенти (жени на възраст от 15 до 49 години) и тяхната плодовитост (живородени деца на 1000 жени). Трябва да се отбележи, че у нас през последните 15 години върху равнището на раждаемостта отрицателно влияние оказва чувствителното намаление на родилните контингенти, които за периода 1990 – 2002 г. са намалели със 170 хиляди.

През 2010 г. 356 са децата, родени от майки под 15 години. Според данните на Фонда за население на ООН за периода 1999-2008 г., България е на първо място по раждания във възрастовата група 15-19 г. в Европейския съюз на 1000 живородени. **През 2009 г. 12,11% от ражданията са от майки на възраст до 19 години.** Между 2006 г. и 2009 г. са родени 1255 деца от майки на възраст под 15 години и 39 692 деца от майки на възраст 15-19 години.

- **Аборти**

Налице е позитивна тенденция на намаляване на абортите сред жените на възраст 15 – 49 години. Докато през 1980 г. и 1990 г. показателят за аборти на 1000 жени на възраст 15 – 49 години е по-висок от съответния показател за ражданията, то след 2000 г. се установява инверсия в съотношението. Независимо от този факт жените във всички възрастови групи и особено тези в млада възраст (20 – 35 години) често използват аборта като метод на семейно планиране. През 2010 г. са извършени 31 548 аборта или 17.8 на 1000 жени на възраст 15-49 години. Разпределено по възрастови групи е както следва: 119 са абортите във възрастта под 15 години, 2 939 са абортите във възрастта от 15 до 19 г. и 6 506 във възрастта от 20-24 г. Броят на абортите във възрастовата група 15 – 19 години е изключително висок – 9,53 на 1000 момичета. По този показател България е една от страните с най-високи показатели по коефициент на бременност (раждания и аборти по желание) във възрастта 15-19 години. По данни на НЦОЗА са регистрирани аборти и във възрастта под 15 години, които през 2010 г. са 0,76 на 1000 момичета.

- **Детска смъртност**

През 2011 г. в страната са починали 601 деца до 1 годишна възраст. Перинаталната детска смъртност е висока – 11,7 на 1000 родени деца за 2011 г., т.е. 2 пъти по-висока от средната за страните от ЕС (5,58%). Неблагоприятни са и данните за мъртвораждаемостта – 7,84‰ за 2011 г. при 4,6 ‰ за ЕС. Голям е броя на мъртвородените деца – 554 за 2011 г., както и процента на

недоносените деца – 9,1%. Ражданията на недоносени деца са значително по-чести сред социално слаби слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години). Обхватът на бременните под медицинско наблюдение до 3-ти лунарен месец е все още недостатъчен – 64% за 2010 г.

- **Рисковото сексуално поведение** в юношеска възраст води до здравни и репродуктивни проблеми в по-късна възраст. Абортите и бременностите сред момичетата продължават да са с висока честота, макар че за последните 3 години (2008-2010 г.) се наблюдава тенденция за намаление на броя на абортите до 15-годишна възраст, от 15 до 19-годишна възраст, както и броят на родилите до 19 години. Запазва се относителният дял на абортите във възрастта до 19 години – всеки десети аборт е на момиче до 19 години (9.69% за 2010 г.)². Тази неблагоприятна тенденция налага въвеждането на системно сексуално и репродуктивно здравно образование в училищата, достъп до подходящи за тази възраст услуги, предоставяне на съвременни контрацептиви от държавата, на преференциални цени и др.
- **Снижава се възрастта на започване на полов живот**, като за последните 12 години се отбелязва три пъти нарастване на относителния дял на осъществили първия си полов контакт на възраст под 16 години. Проучванията показват, че 9.9% от младите хора на възраст 15-24 г. са имали полов контакт преди 15 година.
- **Висок процент на сексуално предавани инфекции.** Не е задоволително нивото на информираност и познания за начините за предпазване от нежелана бременност и сексуално-преносими инфекции. Констатира се **ниска честота на използване на модерни методи** и средства за предпазване от нежелана бременност и сексуално предавани болести. Във възрастовата група 15-19 г. около една трета от младите хора не използват или рядко използват презервативи (ПРООН и АСА, 2000). При 25.2 % от младите хора на възраст 15-24 г. се установява, че са имали повече от един партньор през последните 12 м., а 40.4 % от тези, които са имали повече от един партньор през последните 12 м., не са използвали презерватив. **Висок е процентът на сексуално предавани инфекции, като през 2009 г. новооткритите случаи на сифилис в България са 450, а заболяемостта от сифилис е 5.9 на 100,000, което е над средното ниво за страните от ЕС/ЕИЗ – 4.5 на 100,000.** Наблюдава се известно намаляване на регистрираните случаи на вроден сифилис в страната през последните четири години – от 42 през 2007 г. на 34 през 2010 г., но въпреки това България е една от страните от ЕС/ЕИЗ с най-висок брой случаи на вроден сифилис.

² НЦОЗА