



**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**КОНЦЕПЦИЯ
„ЦЕЛИ ЗА ЗДРАВЕ 2020“**

**СОФИЯ
2015**

ВЪВЕДЕНИЕ

"Здраве 2020" е рамка на здравната политика, основана на стойности и доказателства за здравето и благосъстоянието на хората в Европейския регион на СЗО. Надеждата е, че "Здраве 2020" ще осигури разбиране и вдъхновение за всеки в целия Европейски регион, който желае да се възползва от новите възможности за подобряване на здравето и благосъстоянието на сегашните и бъдещите поколения, като показва предизвикателствата, възможностите и пътищата напред. "Здраве 2020" е за всички: не само за политици и експерти, но също така за гражданското общество, общности, семейства и физически лица."

"Здраве 2020: Европейска рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние на СЗО"

Достигането на възможно най-високия стандарт здраве е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество.

През 2012 г. всички 53 държави членки на Европейския регион на СЗО приеха нова обща рамка за политики – "Здраве 2020".

С това държавите в Европейския регион потвърждават своята отговорност за гарантиране на правото на здраве и поемат ангажимент за въвеждане на всеобхватност, солидарност и равен достъп като основни ценности в организирането и финансирането на своите здравните системи. Те се обединяват около стремежа към възможно най-доброто здраве, независимо от етническа принадлежност, пол, възраст, социално положение или платежоспособност.

Споделените от тях цели включват *„значително подобряване на здравето и благосъстоянието на населението, намаляване на здравното неравенство, укрепване на общественото здраве и осигуряване на здравна система, която е всеобхватна, справедлива, устойчива и с високо качество"*.

Европейска рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние „Здраве 2020" уважава многообразието на държавите в Региона. Рамката за политики разчита на много и различни хора в управлението и извън него, които със своето вдъхновение и целеустременост ще преодолеят по-успешно сложните предизвикателства, пред които е изправено здравето в 21 век и приетите регионални цели за здравето на хората Европейския регион:

1. Намаляване на преждевременната смъртност в Европейския регион до 2020 г.
2. Увеличаване на продължителността на живота в Европейския регион.
3. Намаляване на здравното неравенство в Европейския регион до 2020 г.
4. Подобряване на благосъстоянието на населението в Европейския регион.
5. Осигуряване на универсално покритие и достъп до възможно най-доброто здраве.
6. Определяне на национални цели и планове по отношение на здравето в държавите членки.

„Здраве 2020“ насърчава всяка държава от Европейския регион да участва в изпълнението на европейските цели и да определя свои национални цели и задачи, свързани със здравето на нейните граждани.

С настоящия документ България потвърждава своя ангажимент към реализацията политиката на СЗО, определяща здравето като основен ресурс и актив за обществото.

Доброто здраве на населението облагодетелства всички сектори и цялото общество, с което се превръща в ценен ресурс. Доброто здраве е основна предпоставка за икономическо и социално развитие и е от жизнено важно значение за всеки човек, семейство и общност.

Болестта пропилява човешки потенциал, причинява страдание и изразходва ресурси от всички сектори. Когато хората разполагат с възможност да контролират своето здраве и факторите, които го определят, общностите стават по-силни, а човешкият живот е по-добър. Без активното участие на хората редица възможности за промоция и защита на здравето, както и за подобряване на благосъстоянието, ще бъдат пропуснати.

Онова, което осигурява благоденствие за обществото, подобрява и здравето на хората затова и политиките, които залагат на това, са по-успешни. Равният достъп до обучение, достоен труд, жилище и доходи е в помощ на здравето. От своя страна здравето допринася за увеличаване на производителността, за по-висока ефективност на работната сила, за здравословно остаряване и следователно за по-малко разходи за обезщетения по болест и социални разходи, и оттам за по-малко загубени лични и обществени ползи. Здравето и благосъстоянието на населението се постигат успешно, ако всички в управлението насочат общите си усилия към социалните и индивидуални детерминанти на здравето.

Здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липсата на болест или недъг“¹ включва само по себе си твърде много фактори и взаимовръзки, което не позволява да бъде разглеждано само като обект на въздействие на системата на здравеопазване.

Здравето се определя от факторите на семейно-битовата, професионалната, обществената среда и се влияе силно от обкръжаващата го социално-икономическа среда (политически, технологични, икономически, законодателни и други фактори).

Трябва да се отбележи, че и самата здравна система изпитва допълнително външни въздействия, които оказват влияние върху нейната ефективност като социално-икономическото развитие на страната, ресурсната осигуреност, нормативната база, която отразява общественно-политическите отношения и много други.

Здравните политики и обществото трябва да имат предвид силата на факторите, които оказват влияние върху здравето на гражданите и да коригират своите очаквания за това, че здравната система може сама да реши всички проблеми, свързани с опазване и възстановяване на здравето.

Здравната система носи отговорност за определяне на здравните цели и планове за подобряване на здравето, за оценяване на въздействието на политиките от други сектори върху здравето, за изпълнението на висококачествени и ефикасни медицински дейности, за осигуряване на основните функции на общественото здраве. Тя също така трябва да проследява как решенията за здравната политика се отразяват върху другите сектори и заинтересовани институции. Това включва акцентирание както на икономическите, социални и политически ползи от доброто здраве, така и на

¹ Преамбул към Конституцията на Международната здравна организация, както е приет от Международната здравна конференция от Ню Йорк, 19-22 юни 1946; подписана на 22 юли 1946 от представителите на 61 държави (официални записи на СЗО, по. 2, стр. 100) и влязла в сила на 7 април 1948 г.

негативните ефекти от лошото здраве и неравенство върху всеки сектор, цялата държава и цялото общество.

Формираният широк консенсус, че здравето на населението е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е жизнено важен ресурс за човешко и социално развитие, налага здравеопазването да се трансформира от възприемано само като медицински подвластен, поглъщаш пари сектор в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

Израз на тази основополагаща роля на здравеопазването е настоящата Концепция „Цели за Здраве 2020“, която формулира визията и националните цели на България в областта на опазване на здравето на гражданите като основен фактор за устойчив растеж.

Тя е основана на схващането, че подобряването на здравето през всички етапи от живота е основно право на всеки, а не привилегия на малцина. Доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност. То има решаващо значение за намаляване на бедността, като едновременно допринася за устойчивото развитие и се възползва от него. Най-важното – доброто здраве, вече не може да се разглежда като резултат от дейността на един-единствен сектор - здравеопазването: устойчивите и еднакво достъпни подобрения на здравето са продукт от успешната политика на цялата държава, както и на координираните действия на всички в обществото.

Концепцията съдържа политики и конкретни действия за преодоляване на днешните сложни предизвикателства пред здравето на българските граждани. Представени са начините за обвързване на интервенциите по отношение на основните предпоставки за функциониране на системата и целите, свързани с решаване на основните проблеми, свързани със здравето на населението. Набелязани са целеви интервенции, насочени към най-уязвимите групи. Представени са възможностите за усъвършенстване на управлението и иницирането на междусекторни подходи към здравето.

„Цели за Здраве 2020“ осигурява платформа за партньорство и сътрудничество. Тя изисква ангажираност от цялото общество като отправна точка при планирането, разработването, осъществяването и наблюдението на здравната политика на всички равнища.

СИСТЕМЕН АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИТЕ НА ЗДРАВЕТО В БЪЛГАРИЯ

Научната основа за идентифициране на проблемите на общественото здраве в е непреднамереният анализ на индикаторите, характеризиращи неговото състояние и тенденции.

Анализът и оценката на тези индикатори, се основава на разбирането, че съществува определена зависимост между структурните и качествени характеристики на населението и икономическото и социалното развитие.

Демографското и здравно състояние на населението се обуславя от комплексното влияние на множество фактори. През отделните етапи на общественоекономическото развитие тези фактори изменят не само силата на влиянието си, но понякога и посоката на въздействие. Демографските и здравните процеси са силно инерционни, което предполага наслагване на отрицателните тенденции напред във времето. Колкото по-продължителен е периодът на отрицателните явления, толкова по-бавно и трудно става преодоляването на този срив. Това е свързано с необходимостта от значителни финансови средства и от координиране на усилията на държавни и обществени органи и организации в различни области.

Подобряването на демографските и здравни характеристики на населението е свързано с развитие на икономиката, модернизация на производството, провеждане на структурни реформи, изграждане на инфраструктура с европейско значение, които ще доведат до увеличаване на обществената производителност на труда, повишаване на доходите и социалния статус на населението. Необходимо е създаване на предпоставки за подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси чрез усъвършенстване на системата за публично финансиране на здравните услуги, въвеждане на съвременни по ефективни методи за планиране, организация и управление на здравните и лечебни заведения, прилагане на профилактични програми за укрепване и опазване на здравето, подобряване на медицинското образование и продължаващото обучение.

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

Брой и структура на населението

През последните 25 години в развитието на населението в България се установяват твърде тревожни явления. Налице са негативни тенденции при всички демографски процеси. Влошава се режимът на демографското възпроизводство, в резултат на което процесът, водещ до значително намаление броя на населението, се задълбочава с всяка измината година. В края на 2013 г. населението на България е 7 245 667 души и в сравнение с 1990 г. намалява с 1 423 633. В градовете живее 73% от населението, а в селата 27.%. Сега по брой на населението страната ни се връща на нивото на 1960 г. (*Табл. 1*)

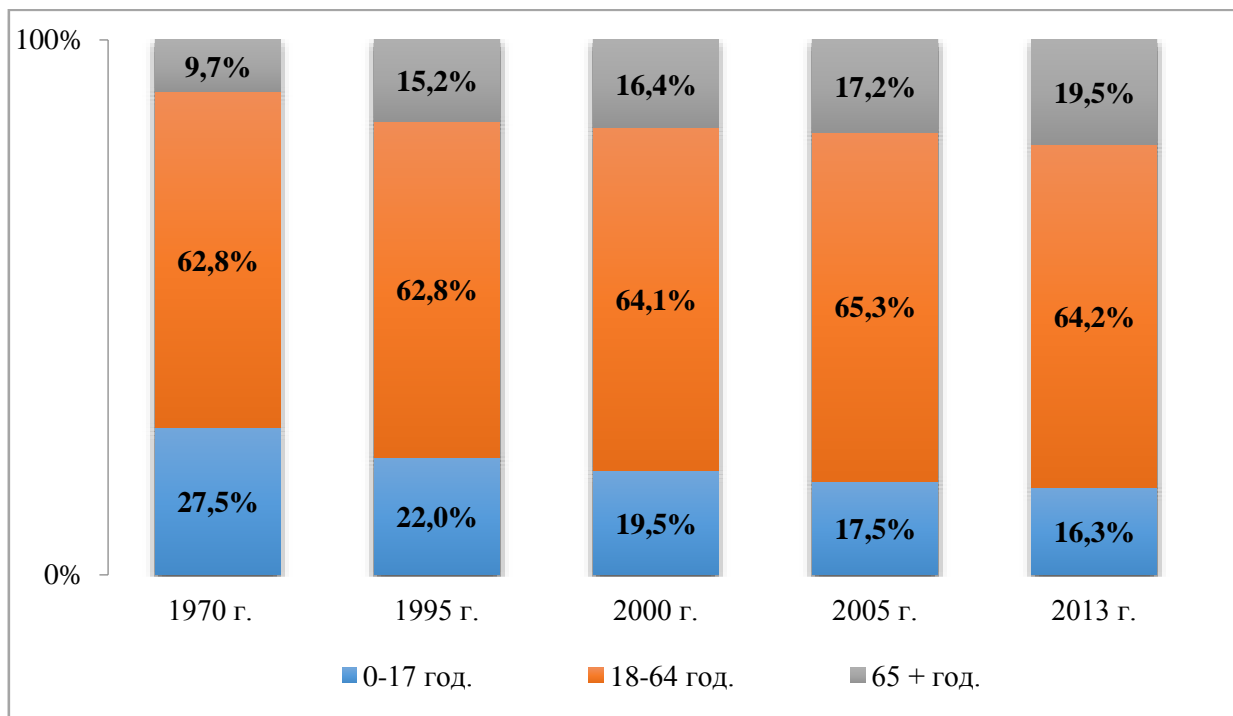
Табл. 1 Структурата на населението по пол и местоживее

Години	Общо	Мъже	Жени	Градове	Села
1960	7 905 500	3 946 900	3 958 600	3005000	4 900 500
1970	8 514 900	4 256 600	4 258 300	4509800	4 005 100
1980	8 876 600	4 421 700	4 554 900	5546000	3 330 600
1990	8 669 300	4 270 000	3 399 300	5817900	2 851 400
1995	8 384 700	4 103 400	4 281 300	5688400	2 696 300
2000	8 149 500	3 967 400	4 182 100	5576800	2 572 700
2005	7 718 800	3 743 400	3 975 400	5416600	2 302 200
2013	7 245 667	3 524 900	3 720 700	5291700	1 954 000

Източник: МЗ, НЦОЗА, Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

Измененията във възрастовата структура на населението показва неблагоприятни тенденции. Сравнително бързо нараства дялът на възрастното население (65 и повече години) и намалява дялът на младия контингент (0 – 17 години). (Фиг. 1)

Фиг. 1 Възрастова структура на населението



Източник: МЗ, НЦОЗА, Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

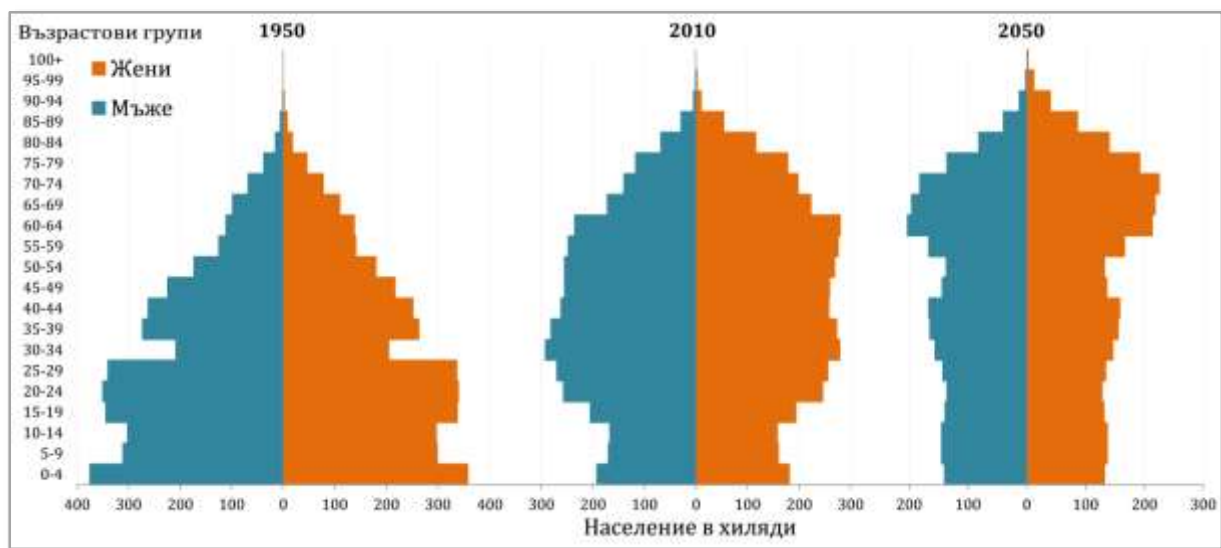
Относителният дял на лицата на 65+ години през 1970 г. е възлизал на 9,7 %, а през 2013 г. той е 19,5 % от населението. За лицата от 0 до 17 годишна възраст тези стойности са съответно 25,5 % и 16,3 % от населението.

Процесът на демографското стареене е значително по изразен за селското население (през 2013 г. над 65 години са 26,2 % от жителите), отколкото за градското население (през 2013 г. над 65 години са 17,2 % от жителите).

Очаква се до 2050 г. населението на България да намалее до 5.9 милиона по данни на Евростат и до 5.5 милиона според прогнозите на Отдела за населението на

ООН². Този спад върви успоредно с големи промени във възрастовата структура на населението, чийто двигател са промените в раждаемостта, смъртността и миграцията. Графичното представяне на населението на България представлява пирамида през 1950 г., сфера през 2010 г., а през 2050 г. се очаква да бъде обърната пирамида. (Фиг. 2)

Фиг. 2 Възрастова пирамида на населението в България



Източник: Доклад на Световна банка - "Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: възможни варианти за България"

Процесът на демографското остаряване се отразява неблагоприятно върху:

- възпроизводството на населението;
- броя на населението в работоспособна възраст;
- разходите за здравна помощ и социална подкрепа.

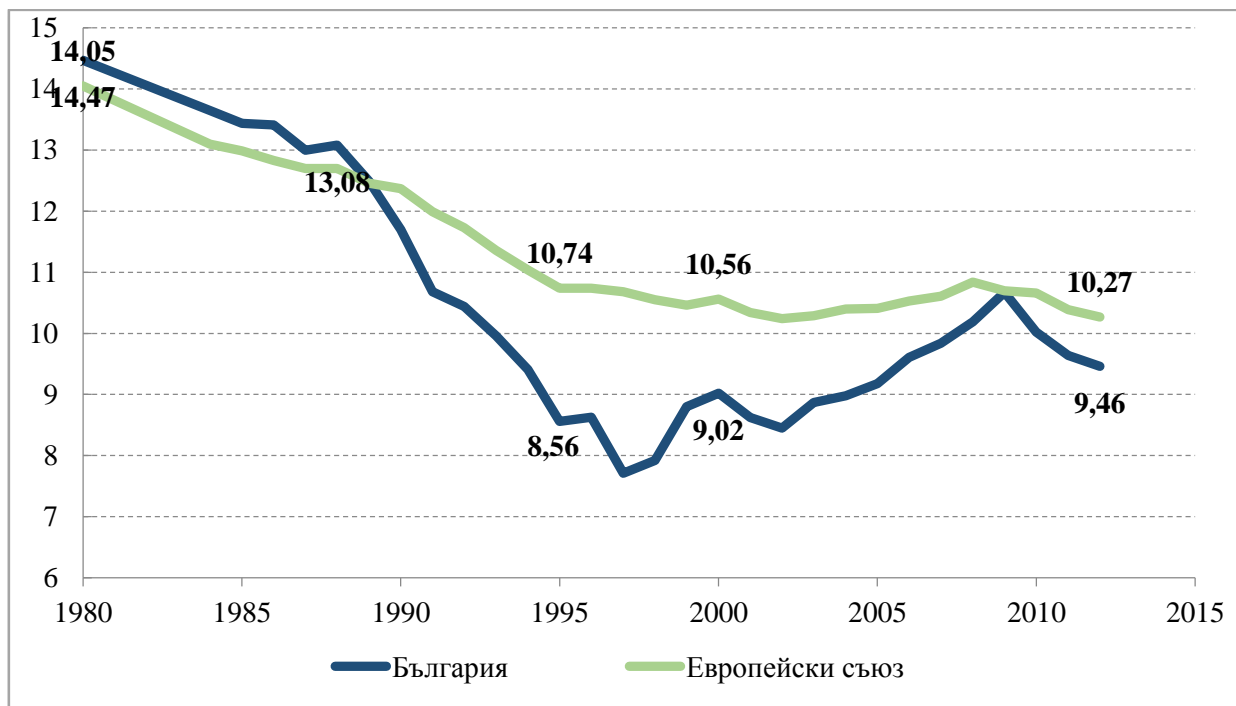
Застаряването на населението ще се отрази на търсенето на ключови публични услуги и дългосрочни грижи. Възрастните хора прибъгват по-често до здравни грижи, тъй като боледуването, хроничните заболявания и болничните посещения зачестяват с напредване на възрастта. Със застаряването на населението може да се очаква публичните разходи за здравеопазване и дългосрочни грижи да нарастват.

Раждаемост

От 1970 г. до 1995 г. за раждаемостта в България (Фиг. 3) се забелязва трайна тенденция за намаляване - от 16.3 на 8.6 на 1000 души от населението, поради негативното влияние на редица социално-икономически и демографски фактори. След кратък период на увеличение, през последните години отново се наблюдава тенденция за нейното намаление.

Фиг. 3 Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)

² Сати Какокен и авт.колектив, 2013, Доклад на Световна банка - "Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: възможни варианти за България"



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

През 2012 г. коефициентът на общата раждаемост е 9.46‰, като остава по-нисък от този за ЕС (10.27‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

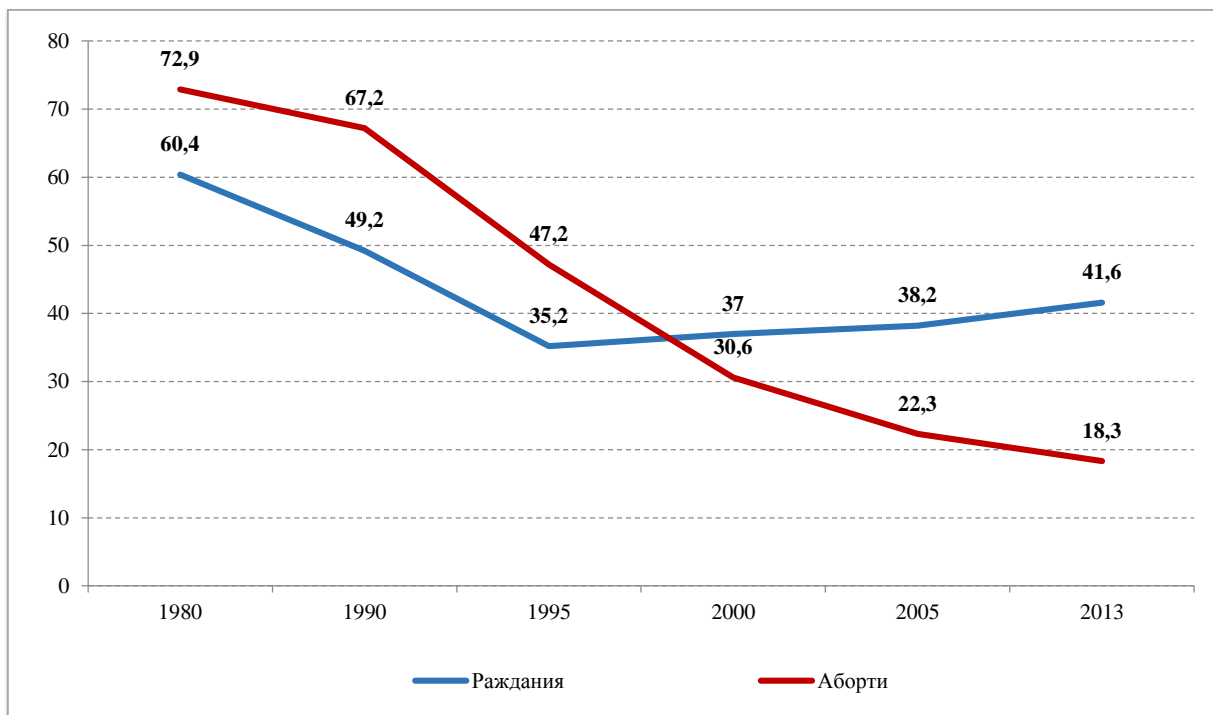
Заслужават внимание и две други позитивни явления през последните няколко години: увеличаване броя на ражданията и намаляване броя на абортите на 1000 жени в фертилна възраст (Табл. 2 и Фиг. 4).

Табл. 2 Раждания и аборти на 1000 жени във фертилна възраст (15-49 г.)

Година	Раждания на 1000 жени във фертилна възраст	Аборти на 1000 жени във фертилна възраст
1980	60,4	72,9
1990	49,2	67,2
1995	35,2	47,2
2000	37,0	30,6
2005	38,2	22,3
2013	41,6	18,3

Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

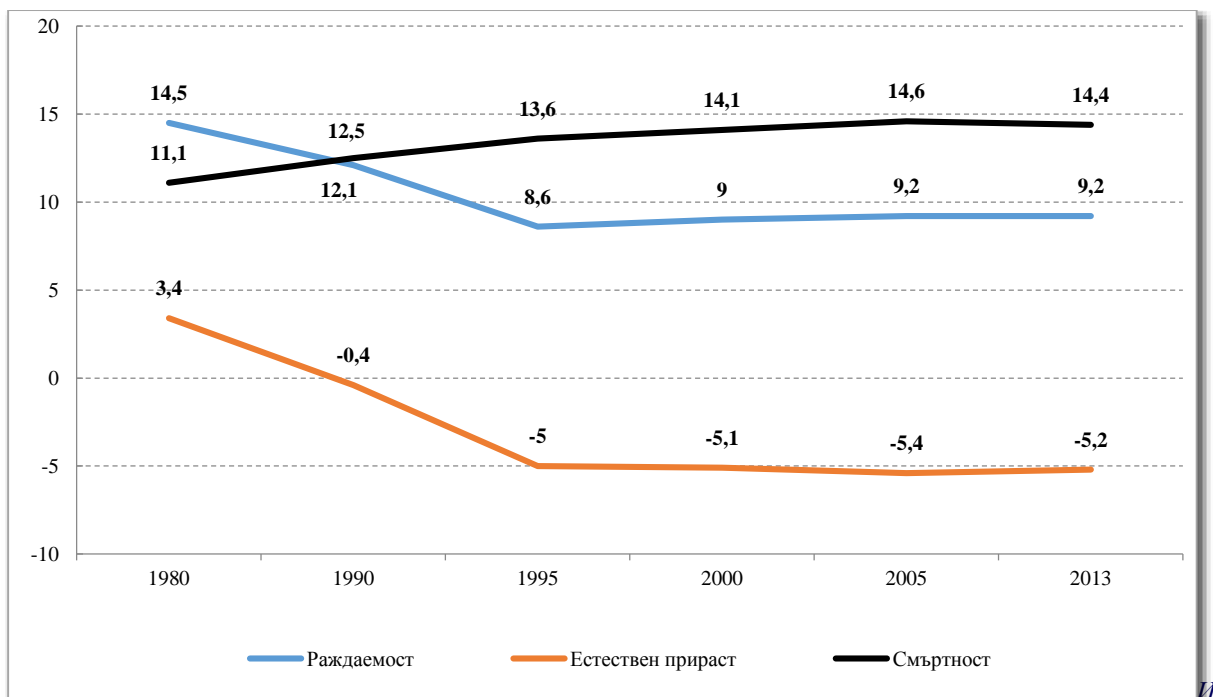
Фиг. 4 Раждания и аборти на 1000 жени във фертилна възраст (15-49 г.)



Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

Продължилото в течение на няколко десетилетия намаление на раждаемостта и увеличение на смъртността доведе до появата на **отрицателен естествен прираст**, чиито стойности от 2000 г. са в рамките на (- 5) на 1000 души от населението. (Фиг. 5)

Фиг. 5 Раждаемост, смъртност и естествен прираст на 1 000 души население



Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

Това, заедно с немалкия емиграционен поток през последните години, предизвика сериозни промени във възрастовата структура на населението, които

намират израз в демографското остаряване на нацията, т.е. увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на възрастовото население. Възрастните хора са носители на повече от едно хронично заболяване (средно 3.2 на един човек над 65 години) и поради това демографското остаряване променя значително структурата на здравните потребности на нацията и отправя определени изисквания към тяхното задоволяване.

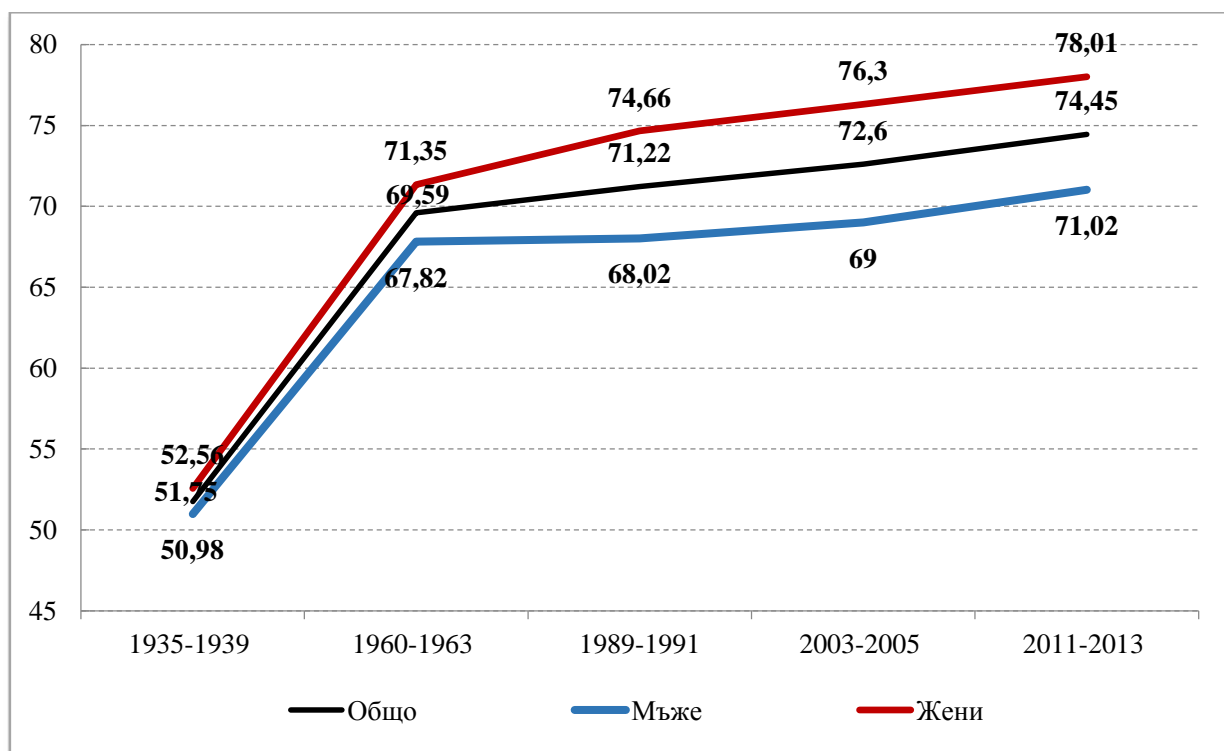
Влошената демографска характеристика се отразява неблагоприятно на очакваната *средна продължителност на предстоящия живот*, която се смята за един от синтетичните показатели за здравето на популациите (*Табл. 3 и Фиг. 6*).

Табл. 3 Средна продължителност на предстоящия живот

Периоди	Общо	Мъже	Жени
1935-1939	51,75	50,98	52,56
1960-1963	69,59	67,82	71,35
1989-1991	71,22	68,02	74,66
2003-2005	72,60	69,00	76,30
2011-2013	74,45	71,02	78,01

Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

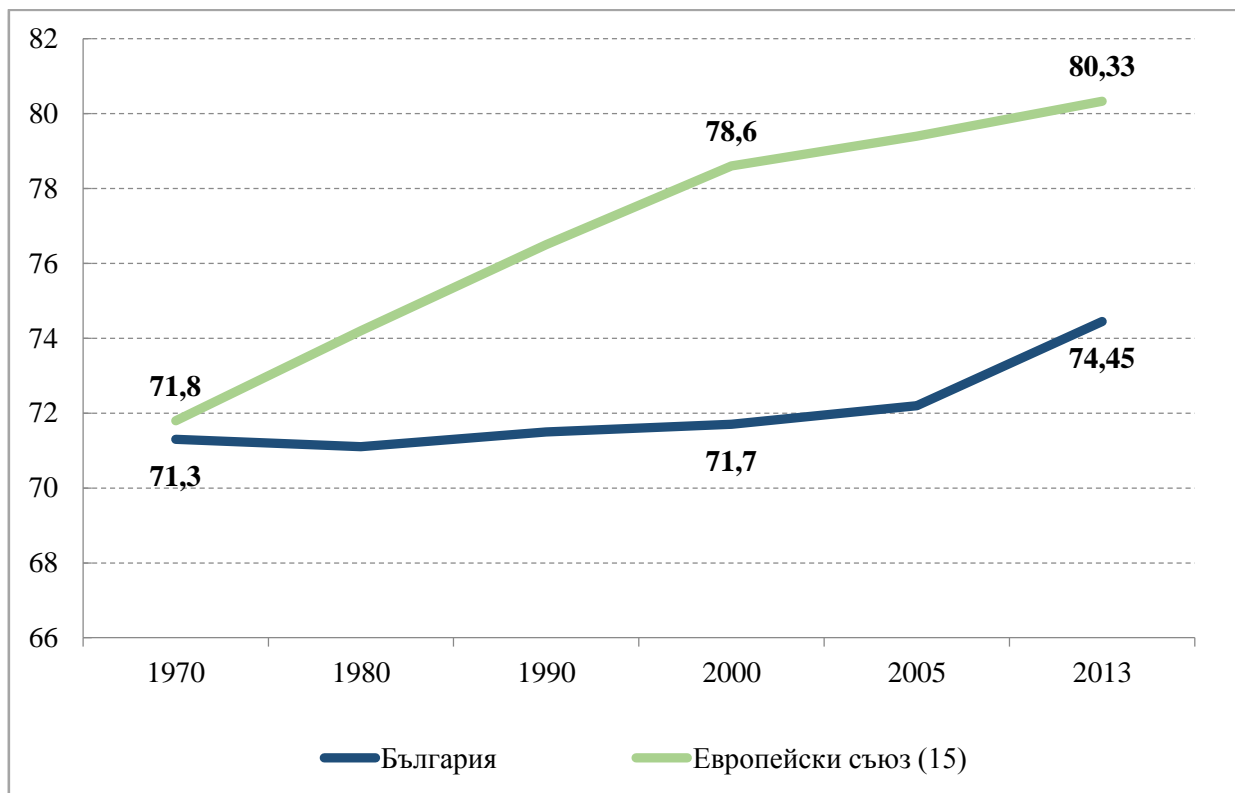
Фиг. 6 Средна продължителност на предстоящия живот в България (в години)



Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

Въпреки значителното ѝ нарастване средната продължителност на живота у нас изостава значително от средната такава за страните от Европейския съюз, при които още през 2013 г. тя е 80,33 години, съгласно WHO/Europe, HFA Database (*Фиг. 7*).

Фиг. 7 Динамика на очакваната средна продължителност на живота при раждане (в години) в България и избрани групи страни в Европа (15 бр.)



Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“, WHO/Europe, HFA Database

Смъртност

Смъртността е основен показател за здравното състояние на населението. В това отношение заслужават внимание следните здравно-статистически факти:

- Нарастване на общата смъртност от 9.1 на 1000 през 1970 г. на 14.4 на 1000 през 2013 г. По данни на Евростат по показател „**обща смъртност**” България се нарежда на последно място сред всички страни на Европейския съюз (средно за ЕС през 2012 г. тя е била 9,7 на 1000 население).
- По-голяма честота на смъртност сред мъжете отколкото сред жените (през 2013 г. показателят „умрели мъже на 100 умрели жени” е 111) – факт, който обуславя явлениято „*свръхсмъртност сред мъжкото население*”.
- По-висока обща смъртност сред селското население (20.5 на 1000), отколкото сред градското население (12,1 на 1000) през 2013 г.

Причините за смърт в продължение на повече от две десетилетия запазват относително устойчива структура.

През 2013 г. около $\frac{2}{3}$ (65,1 %) са болести на органите на кръвообращението. На второ място като причини за смърт са новообразуванията (17.5 %), следвани от болестите на храносмилателната система (3.5 %), болести на дихателната система (3,4 %) и външни причини (в т.ч. злополуки, самонаранявания и др.) – 2,7 %, т.е. около 92 % от умираанията в България се дължат на посочените пет групи причини (**Фиг. 8**).

Фиг. 8 Структура на смъртността по причини за смъртта през 2013 година



Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

Високата смъртност се формира основно от умирањията на лицата над 65-годишна възраст. Основна причина за това е застаряването на българското население. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.³

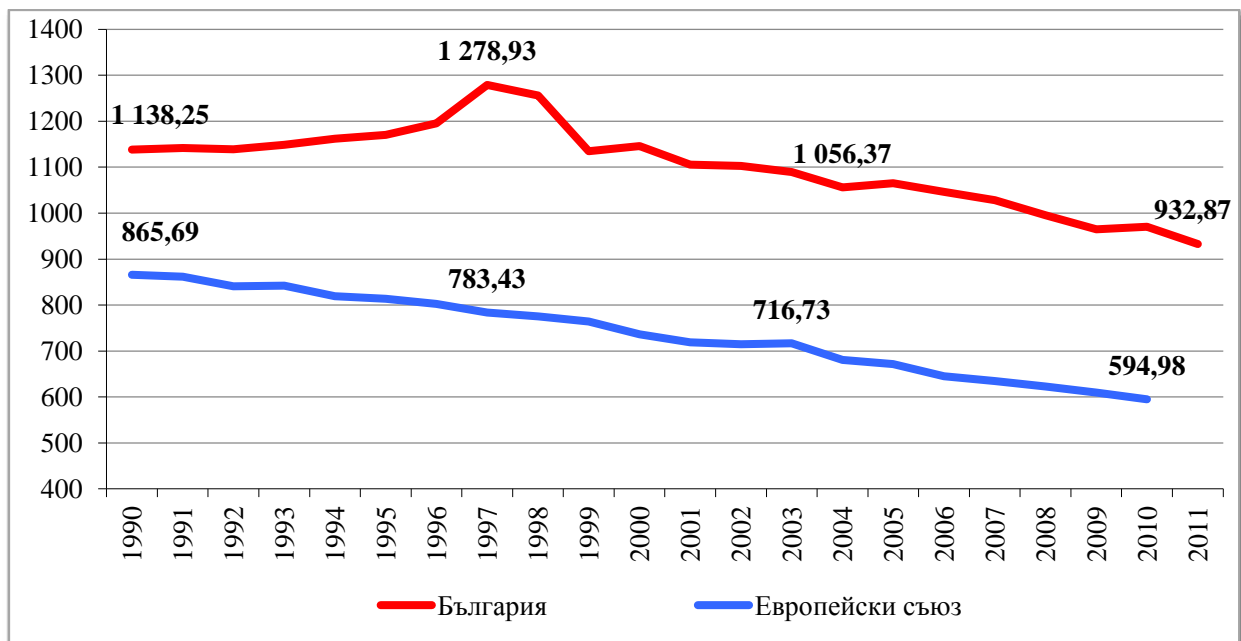
Показателят на преждевременната смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умирањията) запазва нивото си за последните 5 години и се увеличава леко - с 0,1 за последната година. През 2013 г. е 22.4% при 22.3% през 2012 г., т.е. почти всяко четвърто умирање в страната е на лице, ненавършило 65 години. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока (29.8% при 14.2% за жените).

Следва да се подчертае, че България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност⁴ (932.87 ‰) сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление (Фиг. 9). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (585.93‰).

Фиг. 9 Стандартизирани коефициенти за смъртност от всички причини

³ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

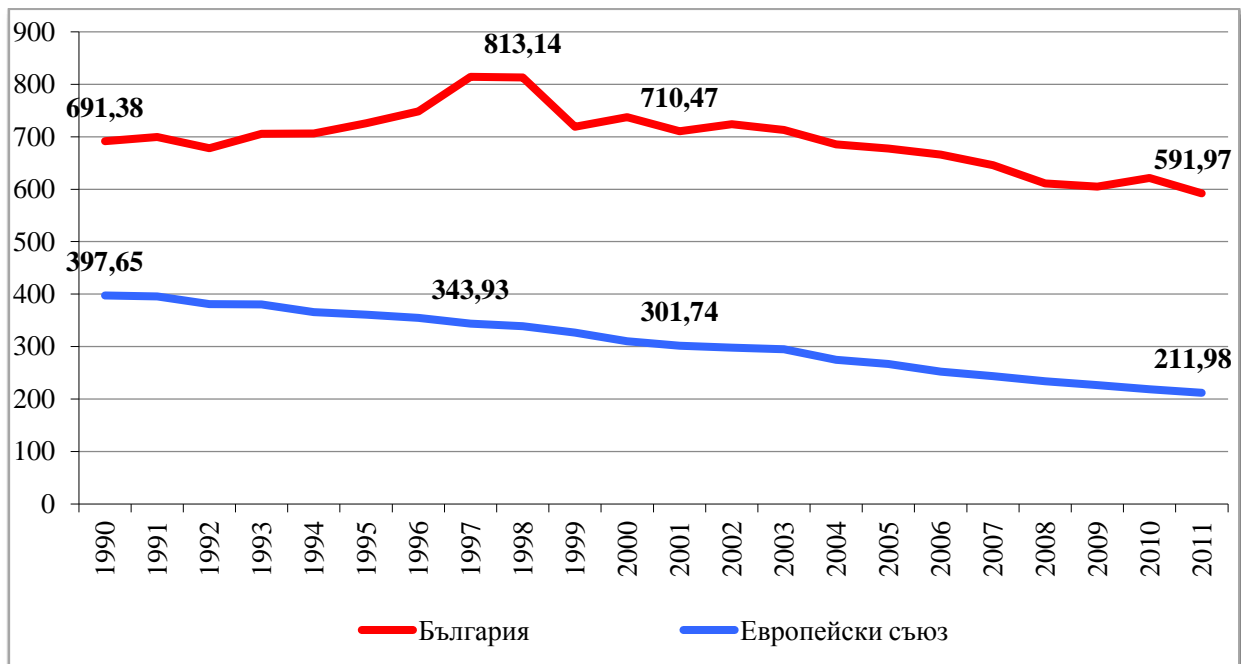
⁴ Стандартизацията има за цел да отстрани различията във възрастовата структура и да покаже каква би била смъртността, ако сравняваните популации имат еднаква структура по възраст. В случая е изчислена по директен метод и представлява тази, която би било, ако коефициентът на населението е със същото възрастово разпределение като стандартното европейско население.



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Смъртност по основни причини в Р България“, 2014 г.

Анализът на данните показва, че през последното десетилетие ежегодно в България от болести на органите на кръвообращението умират 70 000 – 75 000, а от злокачествени новообразувания – 16 000 – 18 000 души. (Фиг. 10)

Фиг. 10 Стандартизирани коефициенти за смъртност от болести на органите на кръвообращението (на 100 000)



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Смъртност по основни причини в Р България“, 2014 г.

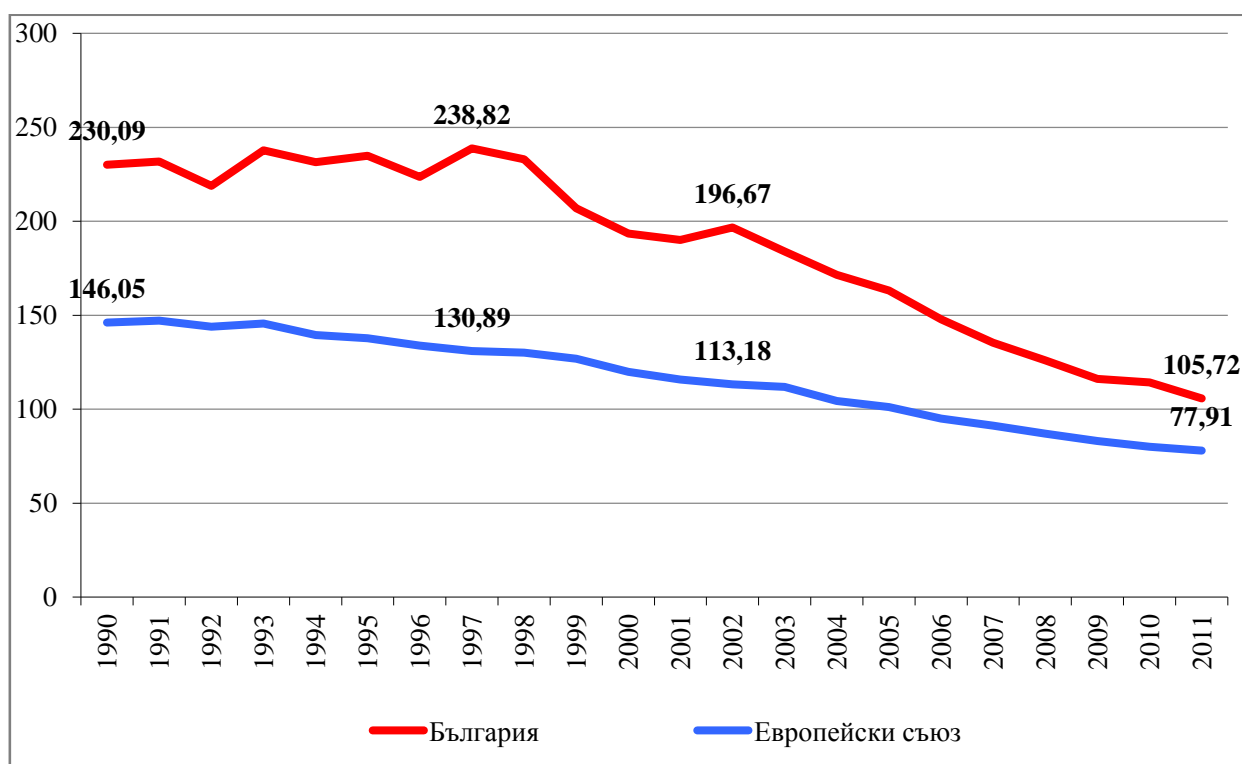
Данните показват, че въпреки значителното намаление на показателя през последните години стандартизирания коефициент за смъртност от сърдечно-съдови заболявания е 2 пъти по-висока от средните европейски стойности и много по-висока в сравнение с развитите европейски страни.

Внимателният анализ на динамиката на смъртността по причини за умирания показва тенденции, които могат да бъдат съотнесени към определени здравни политики и настъпили промени в здравната система, имащи пряко отношение към постигнатите резултати.

На **Фиг. 11** е представена динамиката на стандартизирания коефициент на смъртност от исхемична болест на сърцето, на която се вижда почти двойното намаление на показателя за 10-годишен период – от 2002 до 2011 г., който съвпада с интензивното развитие на структури по инвазивна кардиология в страната.

Данните ясно показват как инвестициите в ефективни високо-технологични дейности дават значим здравен резултат, измерим с намаление на смъртността от определени заболявания.

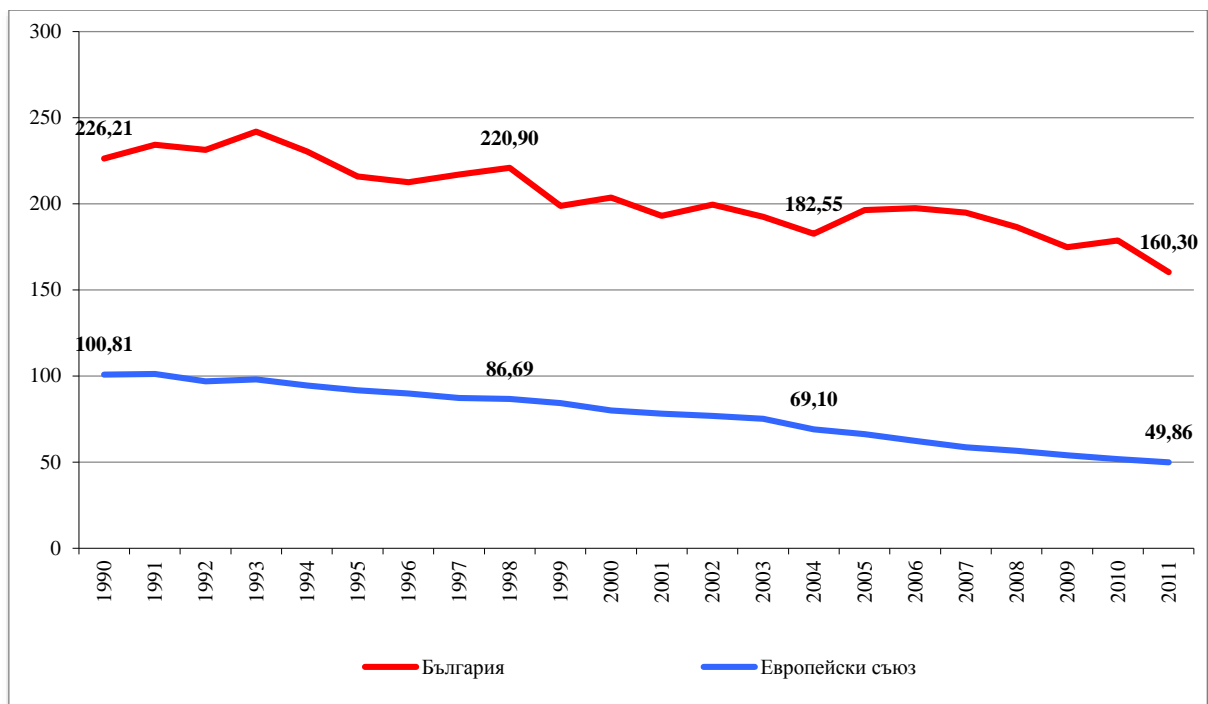
Фиг. 11 Стандартизирани коефициенти за смъртност от исхемична болест на сърцето (на 100 000)



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Смъртност по основни причини в Р България“, 2014 г.

За същият период стандартизираният коефициент на смъртност от мозъчно-съдова болести показва минимално намаление, без да се очертава тенденция на намаляване на разликата със средния за страните от ЕС показател (**Фиг.12**). Една от вероятните причини за това е липсата на конкретни политики, свързани с подобряване на възможностите за консервативно и интервенционално лечение на мозъчно-съдовите заболявания.

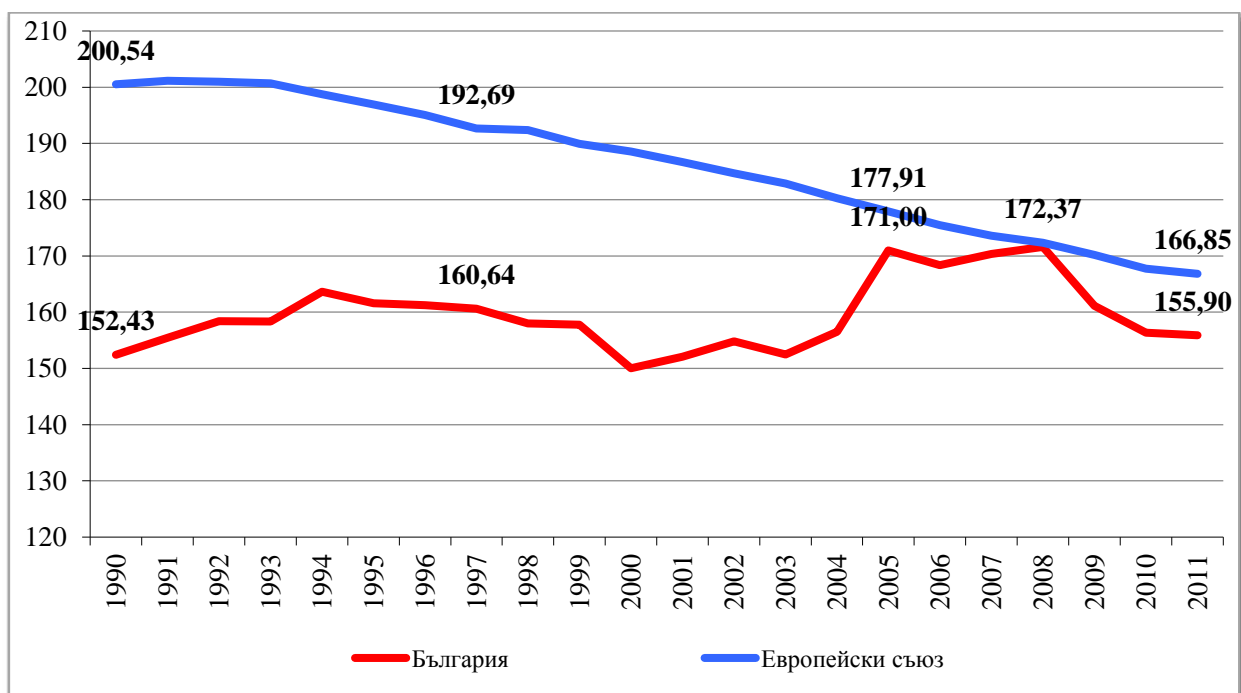
Фиг. 12 Стандартизирани коефициенти за смъртност от мозъчно-съдова болест (на 100 000)



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Смъртност по основни причини в Р България“, 2014 г.

Положителни тенденции на здравния показател в резултат на активна здравна политика, свързана с подобряване на възможностите за диагностика и лечение на злокачествените заболявания се наблюдава и на **Фиг. 13**.

Фиг. 13 Стандартизирани коефициенти за смъртност от злокачествени заболявания (на 100 000)



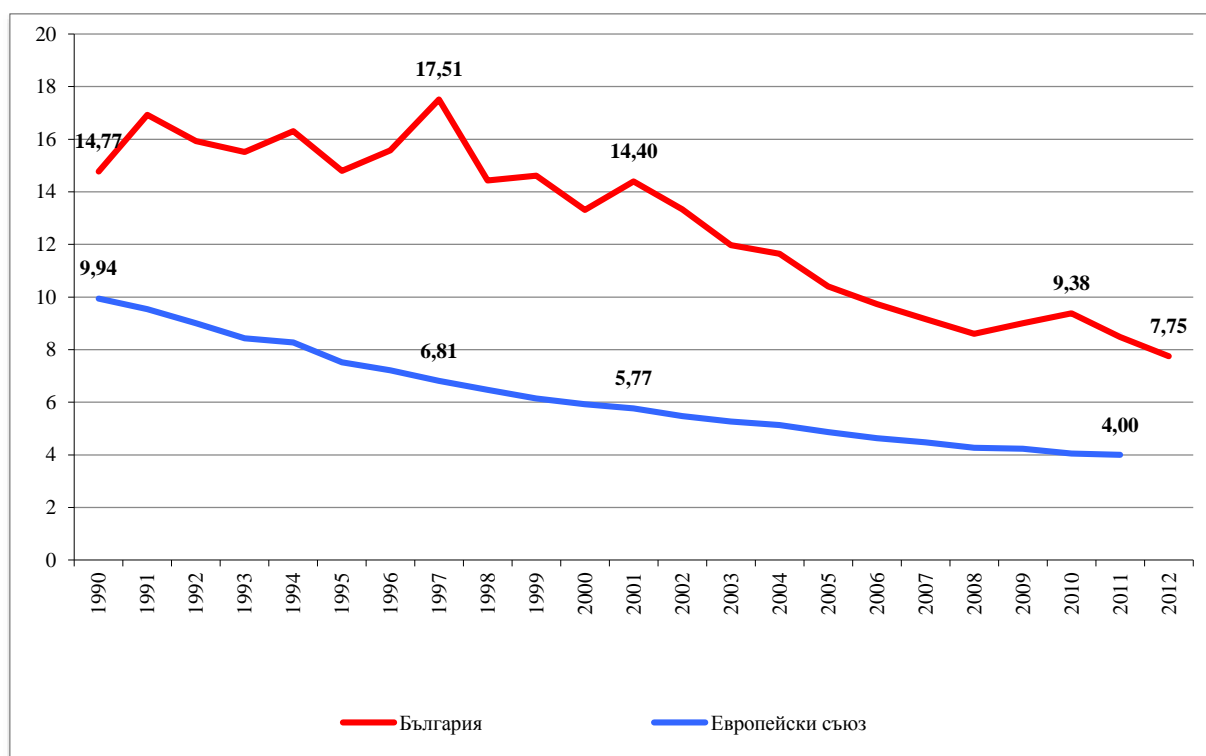
Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Смъртност по основни причини в Р България“, 2014 г.

Детска смъртност

Макар че детската смъртност през последните 24 години е намаляла повече от два пъти – от 14,8 през 1990 г. на 7,3 през 2013 г., на 1000 живородени деца, по международни сравнения продължава да бъде неоправдано висока (**Фиг. 14**).

През 2013 г. сред страните на Европейския съюз по този показател само Румъния е била в по-неблагоприятно от нашата страна положение (средният показател за страните от Европейския съюз през 2011 г. е 4 на 1000 живородени деца.).

Фиг. 14 Среден показател за детска смъртност в България и ЕС на (1 000 живородени)



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Смъртност по основни причини в Р България“, 2014 г.

Детската смъртност е един от основните индикатори за качеството на медицинската помощ, но върху него влияят и жизнения стандарт и здравната култура на населението (**Табл. 4**). Областите с най-висока детска смъртност са Ловеч (16.5%), Шумен (12.9%), Сливен (12.8%), Пазарджик (11.1%), а с най-ниска – Търговище (2.7%), Варна (4.2%) и София град (4.7%). В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 9.3% и 6.7%). Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Табл. 4 Умрели деца до 1 година на 1000 живородени

Години	Общо	В градовете	В селата
1980	20.2	18	24.9
1990	14.8	13.8	17.1
2000	13.3	12.4	15.5
2013	7,3	6,7	9,3

Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2014 г.“

При анализа на детската смъртност по възрастови групи се установява, че от 1980 г. насам тя бележи непрекъснато намаление по трите основни индикатори:

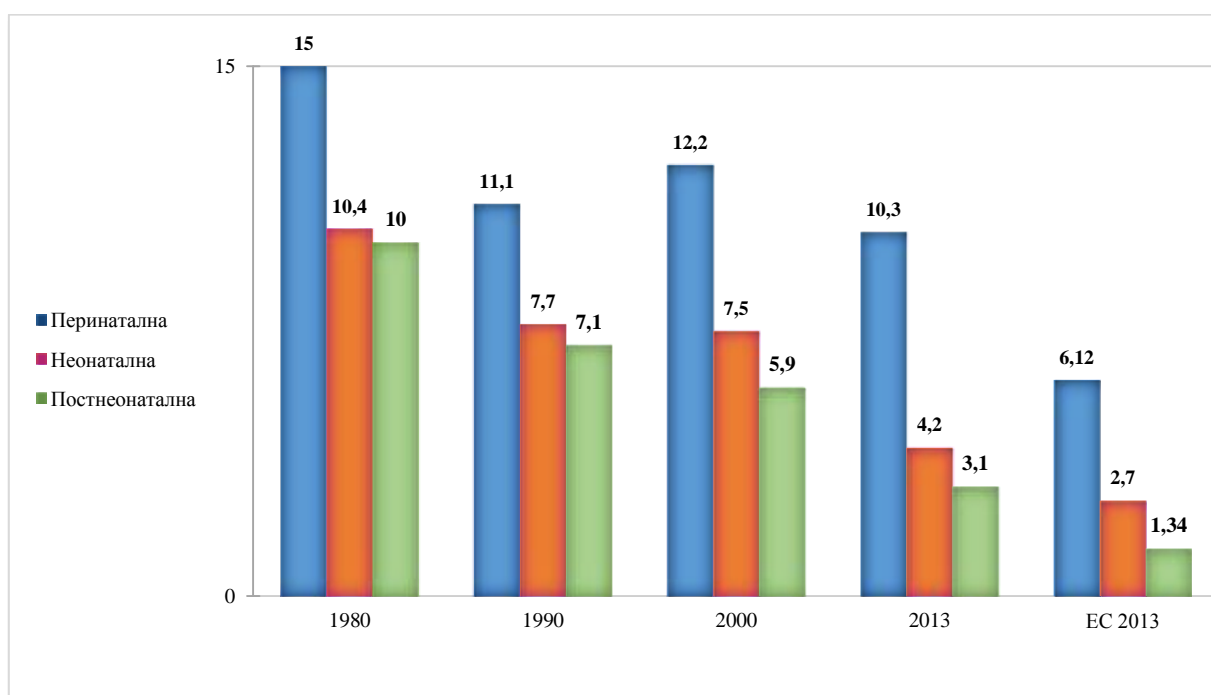
перинатална, неонатална и постнеонатална детска смъртност. Но независимо от това те са значително по-високи от средните за страните от Европейския съюз (Табл. 5 и Фиг. 15).

Табл. 5 Перинатална, неонатална и постнеонатална детска смъртност (на 1000 живородени)

Години	1980	1990	1995	2000	2005	2013	Средно за ЕС през 2013г.
Показатели							
Перинатална	15	11.1	11.8	12.2	12.0	10,3	6.12
Неонатална	10.4	7.7	7.8	7.5	6.2	4,2	2.7
Постнеонатална	10	7.1	7.1	5.9	4.2	3,1	1.34

Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2013 г.” и WHO, HFA Database, June 2006

Фиг. 15 Перинатална, неонатална и постнеонатална детска смъртност в България през периода 1980-2013 г. и в страните от ЕС (на 1000 живородени)



Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2013 г.” и WHO, HFA Database, June 2006

Анализът на причините за смърт при децата до 1-годишна възраст (Фиг. 15) показва, че най-голям е броят на починалите поради „Някои състояния, възникващи през перинаталния период” – 231 (47.24%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 94 (19.22%), болести на дихателната система (10.84%) и болести на органите на кръвообращението (10.02%). Тези 4 класа болести обуславят 87.32% от всички умирения на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиренията до 1 година по пол.

Фиг. 15 Причини за умирения на деца до 1 годишна възраст през 2013 г.



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Смъртност по основни причини в Р България“, 2014 г.

Интегралният показател, характеризиращ вероятността за умирање на децата преди достигане на 5-годишна възраст⁵ в България е 10.22‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.78‰). Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродени аномалии, болести на дихателната система, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. През 2013 г. броят на недоносените новородени е 5 848, което представлява 8.8% от живородените. Недоносените мъртвородени са 338, което представлява 70.0% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

Майчината смъртност на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 12.0 през 2013 г. Съответният показател за ЕС е 5.05‰.

⁵ Броят смъртни случаи до навършване на 5 год. възраст на 1000 живородени. За изчисляването се използват таблиците за смъртност и очакваната средна продължителност на живота

Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане

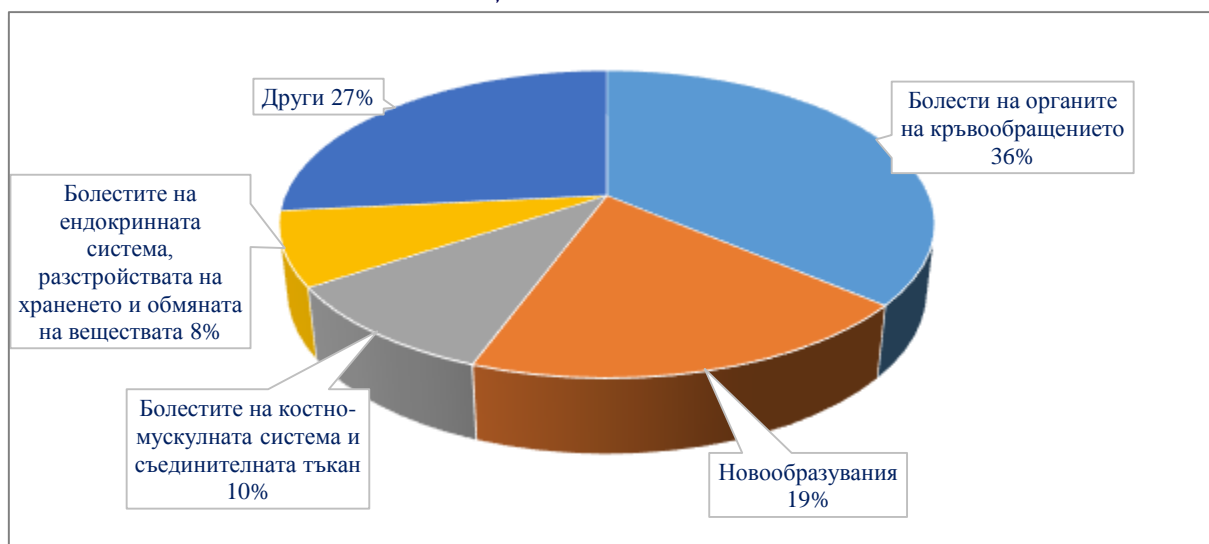
По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА⁶, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК, броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст през последните години намалява, но през 2013 г. показва известно увеличение и достига 68 887 души. Съгласно промяна в Закона за здравето, влязла в сила от началото на 2005 г., трайно намалената работоспособност на лица, навършили 65 години, се определя пожизнено. След 2008 г. в динамика се наблюдава увеличаване на броя на лицата с пожизнена трайно намалена работоспособност, който достига през 2013 г. 44 141 лица (23.5% от всички освидетелствани и преосвидетелствани).

Най-висок остава броят и дялът на лицата със срок на трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане 3 години (68 968, което обуславя 36.7% от лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане). Намаление се отчита при дела на лицата с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане със срок 1 и 2 години.

Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане през 2013 г. е 187 949 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 60 години (38.6%), следвани от възрастовата група 50-59 години (35.6%).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност 71-90% се увеличава в сравнение с предходната година и е най-висок - 32.2%. Следват лицата с 50-70% трайно намалено работоспособност – 31.2% при 31.8% за 2012 г. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност – 23.2% (23,7% за 2012 г.) и до 50% са 11.7% (12.1% за 2012 г.).

Фиг. 16 Болести, най-честа причина за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Инвалидност в Р България“, 2014 г.

⁶ НЦОЗА. *Инвалидност в Р. България през периода 2001-2012 г., София, 2012*

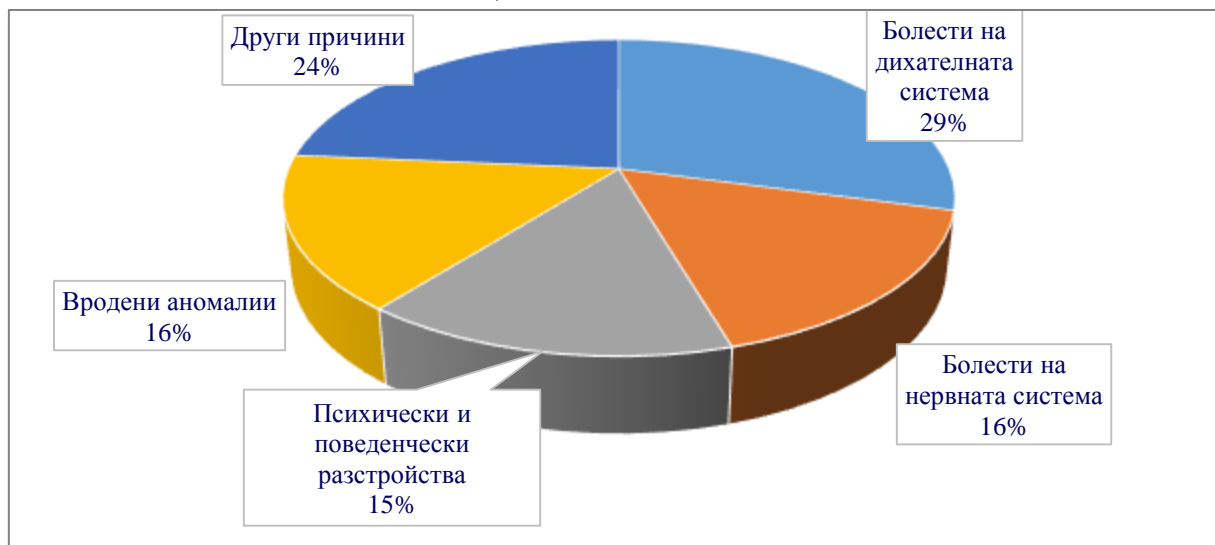
Най-честата причина за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 36.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица (**Фиг. 16**).

Следват новообразуванията (19.3%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (10.0%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.8%) и др. Тази структура, с много малки колебания, се запазва през последните 10 години.

След 2008 г. се регистрира увеличаване на *броя на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане*, който през 2013 г. е 5 405 деца (при 4 566 за 2012 г.) или 5.1 на 1000 население до 16 години (4.4‰ за 2012 г.). Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 514 (46.5%). Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (17.9%), с най-тежката степен над 90% са 11.4%.

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (29.2%), на нервната система (16.3%), психичните и поведенческите разстройства (15.2%) и вродените аномалии (15.8%) Тази структура се запазва през годините (**Фиг. 17**).

Фиг. 17 Болести, най-честа причина за трайно намалена работоспособност на лицата под 16 години



Източник: МЗ, НЦОЗА – Бюлетин „Инвалидност в Р България“, 2014 г.

Данните за честотата и структурата на причините, водещи до трайно намалената неработоспособност / вид и степен на увреждане на българските граждани показват крайно негативни тенденции, които следва да бъдат интерпретирани както в контекста на общият нарушен здравен статус на населението и качеството на своевременната профилактика, диагностика и лечение, така и по отношение на нормативното регламентиране на обхвата на медицинската експертиза на работоспособността в различните възрастови групи.

Психични разстройства

Психичните разстройства са на второ място, с най-голям принос за болестността (измерена чрез показателя „години живот в боледуване или инвалидност“ (DALYs)) в Европейския регион (19%) и най-важна причина за инвалидност.

В България броят на психично болните под наблюдение в психиатричните заведения намалява от 1981.7‰ през 2012 г. на 1442.03‰ през 2013 г. и това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, афективно разстройство и др.⁷ Реалният брой на психично болните вероятно е по-голям, поради липсата на цялостна информационна система, с която да се осъществява регистрация и проследяване на тези болни след тяхното изписване от лечебното заведение или първоначално диагностициране в извънболничната помощ, както и нормативна уредба, която да гарантира тази дейност.

Проучвания на СЗО показват, че при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. У нас по данни от проведено епидемиологично проучване на психичната болестност (ЕПИБУЛ)⁸ 19.5% от българската популация през даден етап от живота си е преживяла психично разстройство.

Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%) е най-засегната от него. Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства⁹.

Така наречените тежки психични разстройства включват шизофрения, тежка депресия, органични и други видове деменции, както и психични нарушения поради изоставане в развитието. Въпреки че тяхната честота се запазва постоянна, социалното и икономическото значение на тази група разстройства нараства в резултат на нарушенията на социалните функции на индивида, водещи до социална изолация и някаква степен на инвалидизация.

През 2013 г. честотата на самоубийствата на 100 000 население в България е 9.44. Това поставя България сред държавите със средна към ниска честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 3.84‰ и е 3.7 пъти по-ниска от честотата при мъжете – 14.27‰.

Психичните здравословни проблеми имат сериозни последици не само за отделните хора и техните семейства, но също така и за развитието на икономиката и благосъстоянието на обществото. 21.6% от дните, загубени в неработоспособност у нас, са по причина на психично разстройство¹⁰.

Проблемите на психичното здраве са и силен рисков фактор за заболяемост и смъртност от други заболявания. Доказано е, че наличието на депресия например, силно се отразява на процента на оцеляване на хората със сърдечно-съдови и онкологични заболявания.

⁷ НЦОЗА

⁸ Световен консорциум за изследвания на психичното здраве, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>

⁹ Околийски М, Зарков З, Броцилов А, Хинков Хр, Наков В, Динолова Р, Димитров П, Томов Т. Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007): Година (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства „Българско списание за обществено здраве“ 2010; 2: 2-13

¹⁰ Хр. Хинков, М. Околийски, З. Зарков, В. Наков, Пл. Димитров, Т. Томов. Дни загубени в неработоспособност поради чести психични и соматични разстройства. "Българско списание за обществено здраве". София, Том IV, кн. 1 2012 г.: 40-52

ОСНОВНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕТО НА БЪЛГАРСКИТЕ ГРАЖДАНИ

Анализът на данните за основните здравно-демографски показатели ясно показва, че в момента България, в сравнение със страните от Европейския съюз, е изправена пред много по-сериозни предизвикателства, свързани с:

- Високо ниво на обща смъртност и преждевременна смъртност;
- Високо ниво на майчина и детска смъртност;
- Високо ниво на степен на увреждане и трайна неработоспособност;
- Ниска продължителност на живота в години и в години в добро здраве.

Основните причини за влошените здравни показатели са:

- Хроничните незаразни болести, основни причини за смърт и намалена работоспособност, с най-голям относителен дял на сърдечно-съдови заболявания и злокачествени заболявания;
- Състояния, възникващи в периода на бременността, раждането и послеродовия период; перинаталния период; вродени аномалии.

Незадоволителните резултати от провежданите до момента политики за справянето с тези предизвикателства на фона на влошаващото се демографско състояние и наличието на значителни социални рискове за големи групи от населението обуславя необходимостта от цялостна промяна в подходите за осигуряване на здраве и благополучие на българските граждани.

Националната здравна политика следва да се насочи към създаване на ефективни механизми за преодоляване на здравните неравенства по отношение на здравето на българските граждани и достигането на най-добрите стандарти за здраве в страните от Европейския съюз.

Успешната реализация на тази политика изисква:

- ясни цели;
- силен политически ангажимент;
- приоритизиране на ресурсите за решаване на основните проблеми на здравето;
- ефективна и ориентирана към потребностите здравна система;
- резултатни програми за обществено здраве;
- обществен консенсус и включване на всички заинтересовани страни в дейностите по подобряване на здравето.

Това означава да се обединят усилията около общи цели и приоритети и да се осигури координираност и взаимно допълване на всички ресурси, които държавата и обществото могат да предоставят като по този начин не само да се преустановят отрицателните тенденции в демографското и здравно състояние на населението но и да бъдат създадени условия за неговото устойчиво подобряване.

ВИЗИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ ДО 2020 г.

През 2020 г. България да е страна, която гарантира на своите граждани подобряване на здравето и благосъстоянието им и намаляване на здравните неравенства чрез всеобхватна, справедлива, устойчива и осигуряваща високо качество здравна система.

ОСНОВНИ ЦЕННОСТИ:

Настоящата концепция „Цели за Здраве 2020“ се основава на ценностите, залегнали в Конституцията на СЗО и общите приети ценности и принципи за ръководство на европейските здравни системи на страните от Европейския съюз.

Признавайки правото на всеки български гражданин за достъп до най-високия стандарт здраве, тя е израз на политическата воля за въвеждане на всеобхватността, солидарността и равния достъп до качествени здравни услуги като основни ценности в организирането и финансирането на здравната си система:

- ✓ Всеобхватност – осигуряване на достъп до здраве на всички граждани;
- ✓ Солидарност – осигуряване на разходи за здраве, съответни на възможността да бъдат платени и ползване на услугите от всички които имат нужда от тях;
- ✓ Равенство – равен достъп до грижи в съответствие с нуждите, независимо от етническа принадлежност, пол, възраст, социално положение или платежоспособност
- ✓ Достъп до качествени грижи – осигуряване на най-високо качество на грижите, пациентноориентирано и съответно на индивидуалните нужди, основано на етиката и доказателствата.

Концепцията отразява схващането, че осигуряването на справедливост и равнопоставеност в здравеопазването по отношение на права и отговорности за осигуряване на най-високо ниво на индивидуално и обществено здраве е основна предпоставка за постигане на устойчиво развитие и по-добро качество на живот и благосъстояние за всички.

Отстояването на тези ценности ще осигури необходимата основа за формиране на национална здравна политика, ориентирана към ясни цели и резултати и гарантираща правото на всеки български гражданин на възможно най-високо ниво на здраве и благополучие през целия живот.

НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ЦЕЛИ

На базата на анализа на здравното състояние на населението България определя следните национални здравни цели до 2020 г.:

1. снижаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст - до 6.8 на 1000 живородени деца;
2. снижаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст - до 0.24 на 1000;
3. снижаване на смъртността до 0.28 на 1000 при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст -;
4. повишаване на работоспособността и снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1000;
5. увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години;

Посочените национални здравни цели са пряко свързани с установените проблеми и негативни тенденции по отношение на здравето на българските граждани и дават възможност за обективна оценка на ефективността на интегрираните политики за тяхното изпълнение.

ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ:

За постигането на посочените национални здравни цели се определят следните приоритети:

1. Осигуряване на финансова устойчивост на системата за здравеопазване;
2. Промяна на функционирането на здравната система, чрез ориентиране към осигуряване на качество и резултати и постигане на националните здравни цели
3. Активен подход за грижи и създаване на подкрепящи среди за специфични и уязвими групи от българското население;
4. Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване;

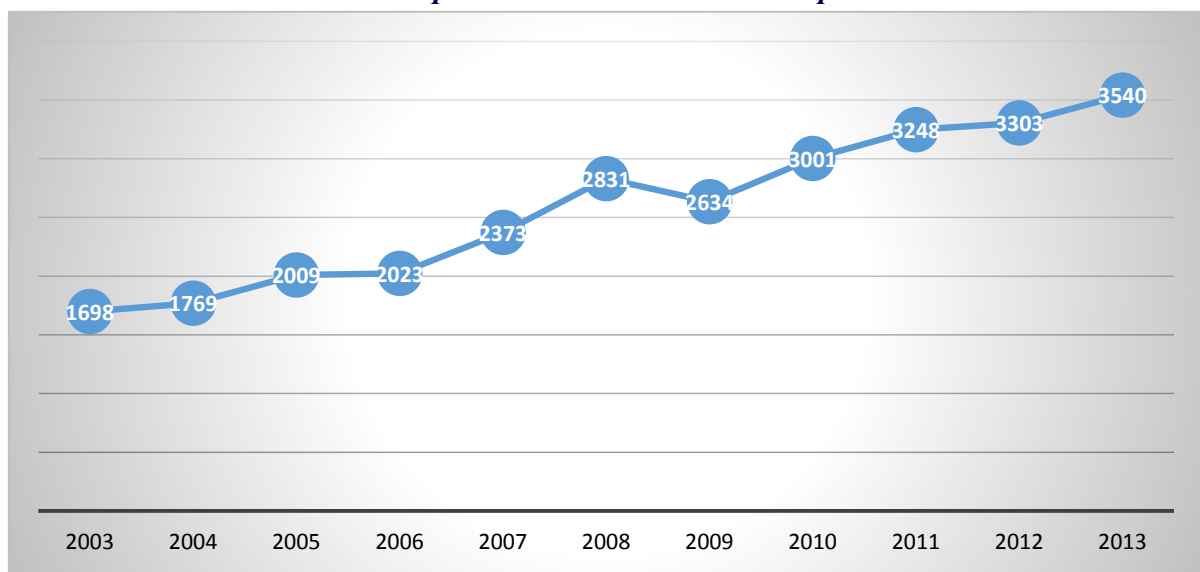
ПРИОРИТЕТ 1

ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

През последните години разходите за здравеопазване поставят пред управленските институции в цял свят сериозни предизвикателства. В много страни относителният дял на здравния бюджет като процент от БВП е по-голям от когато и да било. Редица здравни системи не успяват да удържат разходите, а финансовият натиск още повече затруднява постигането на точен баланс в здравеопазването и осигуряване на социална защита. Разходите се определят предимно от предлагането, като например нови методи за лечение и технологии, както и от повишаващите се очаквания и изисквания на населението за защита от рисковете за здравето и достъп до висококачествено медицинско обслужване.

На фона на нарастващите разходи за здравеопазване в световен мащаб и в България се наблюдава тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи. За периода от 2003 г. до 2013 г. разходите за здравеопазване по консолидираната фискална програма са нараснали 2,1 пъти – от 1 698 000 000 лв. до 3 540 000 000 лв. (*Фиг. 18*).

Фиг. 18 Разходи за здравеопазване по КФП за периода 2003-2013 г.



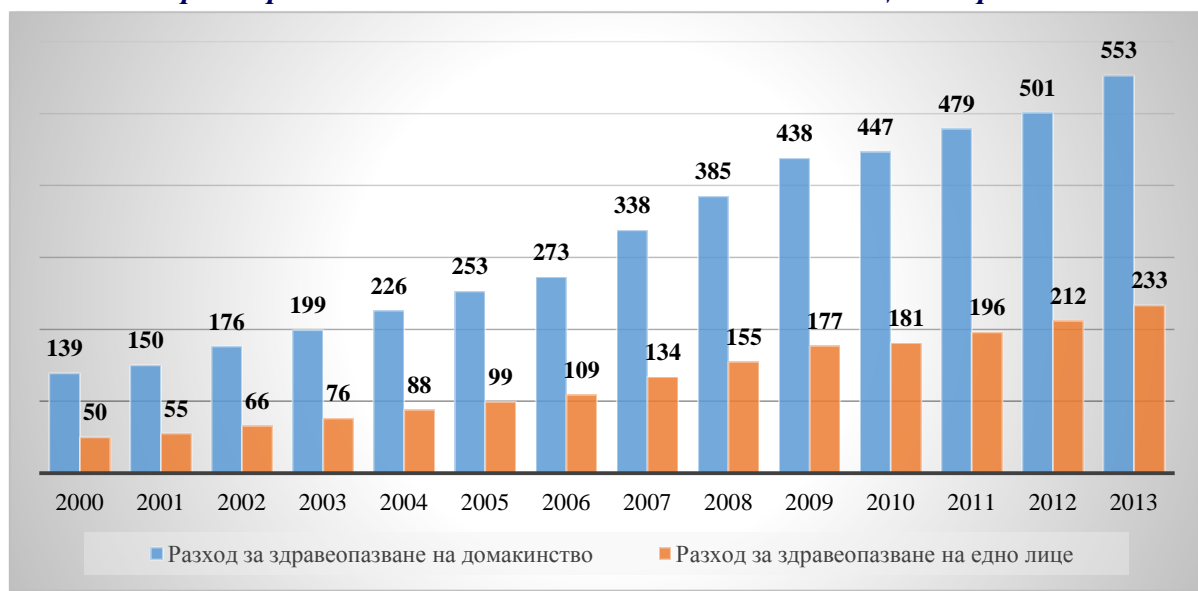
Източник: МФ

По международни сравнения общите разходи на правителството на България, съотнесени към БВП (усилието на разходите) и общите приходи, съотнесени към БВП (усилието на приходите), са малко над средните стойности в сравнение с други страни със сходни доходи. Между 1995 и 2012 г. правителството е увеличило дела от бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 на близо 12 процента. В сравнение със страни със сходни доходи това е малко над средните стойности, което показва, че България дава малко повече приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на бюджета.

Едновременно с това социологическите проучвания на бюджета на домакинствата в България показват, че високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички. Делът от бюджета на домакинствата, изразходван за здравеопазване, е относително висок – 5,3 процента през 2013 г., в сравнение с около 3 процента при средните стойности в Западна Европа.

Средният разход за здравеопазване за едно българско домакинство по данни на НСИ през 2013 г. е 553 лв., а за едно лице - 223 лв. (Фиг. 19).

Фиг. 19 Среден разход в лева на домакинство и на едно лице за здравеопазване



Източник: НСИ, 2013 г.

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

От своя страна влошените здравни и демографски показатели и социално-икономическа среда води до нарастване на натиска върху финансовата устойчивост на системата на здравеопазването. Към 2050 г. прогнозата е всеки трети българин да е на възраст над 65 години, а само всеки втори българин – в трудоспособна възраст. Прогнозите на ООН са за нетни стойности на емиграцията от 10 000 души на година до 2050 г., докато прогнозите на Евростат са за дори по-голяма кумулативна загуба. В резултат на това до 2050 г. съотношението старост-зависимост се очаква да се удвои и да стигне 50, а прогнозите за предоставяне на работна сила предполагат намаляване с до 40 процента.

Тези видове натиск се утежняват и от значителната и увеличаваща се част от населението, които са или бедни, или силно уязвими и застрашени от падане под прага на бедността и които следователно трудно могат да си позволят да плащат за жизнено важни услуги със собствени средства. По данни на Световна банка равнищата на бедността се повишават от 2008 г. насам; през 2011 г. повече от 21 процента от населението са живели под националния праг на бедността, над 16 процента от населението са живели с 5 щатски долара (паритетна покупателна способност) или по-малко на ден, а близо 4 процента са живели с 2 щатски долара или по-малко на ден. Близо половината от населението (и 60 процента от лицата на 65 и повече години)

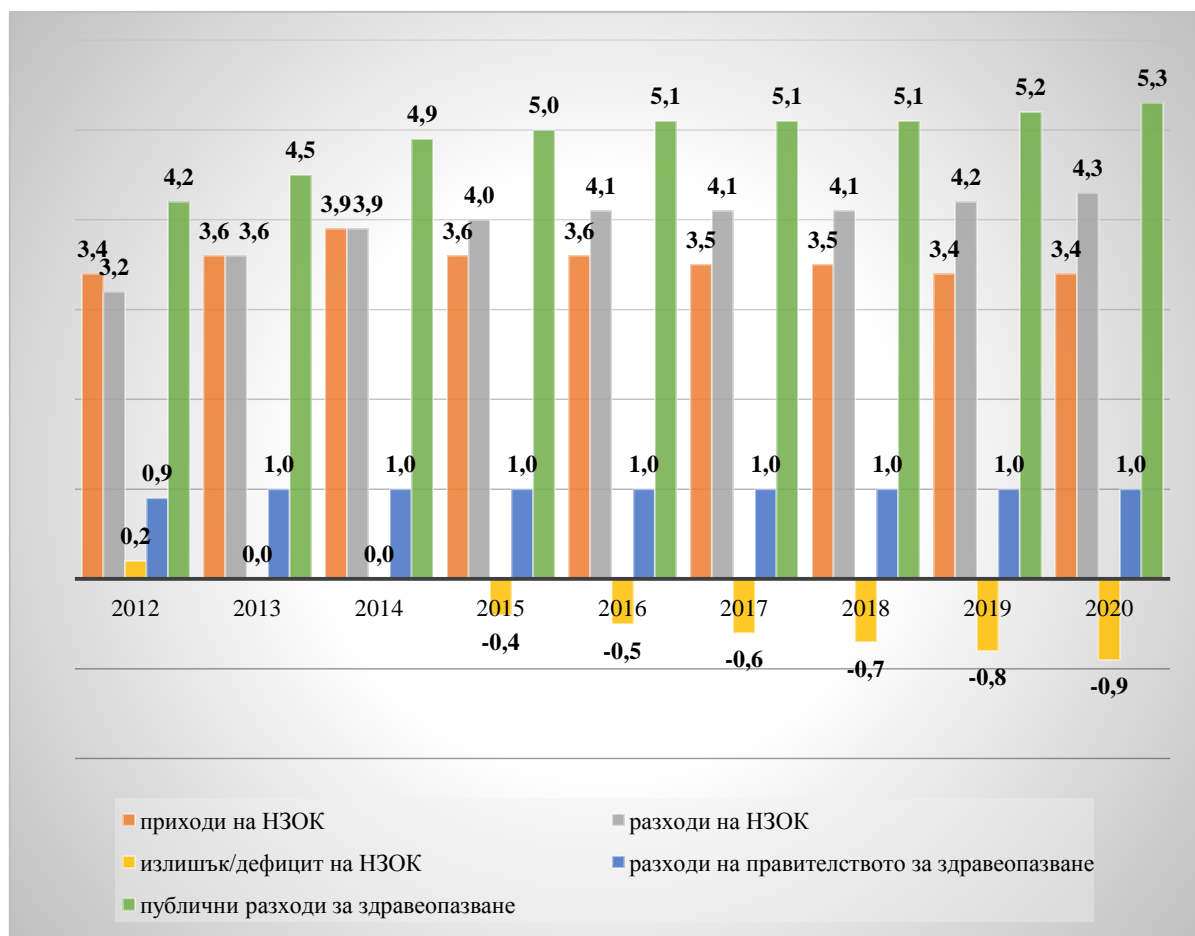
обаче, или 3,6 милиона българи, са изложени на риск от бедност или социално изключване – най-високият процент в ЕС.

Тези тенденции в уязвимостта и намаляващата данъчна основа не се подпомагат от факта, че съществена част от работната сила е заета в неформалния сектор. Неотдавна „сенчестата икономика” беше оценена на повече от една трета от БВП и приблизително 16,5 процента от всички работещи са в неформалния сектор.

Според експерти основните тенденции на демографско състояние на населението и извънредно силното увеличаване на разходите в здравеопазването, съчетано с тенденции на пазара на труда и в БВП, които основно причиняват застой в приходите, водят до все по-големи дефицити в държавния дял на бюджета за здравеопазване.

Общите държавни разходи за здравеопазване се предвижда да се увеличат от 4,5 процента от БВП през 2013 г. (3 540 000 000 лв.) на 5,3 процента през 2020 г. (5 379 000 000 лв.) – увеличение от 0,8 процентни пункта от БВП в държавния дял за здравеопазване. Общите държавни разходи за здравеопазване ще се увеличат от 12,1 процента от бюджета на правителството през 2013 г. на 13,6 процента от бюджета на правителството през 2020 г. – увеличение от 1,5 процентни пункта (1 839 000 000 лв.), което допълнително ще изостри фискалния натиск върху общия бюджет на правителството (Фиг. 20).

Фиг. 20 Прогноза за приходи, разходи и дефицит в здравеопазването за периода 2013-2020 г.

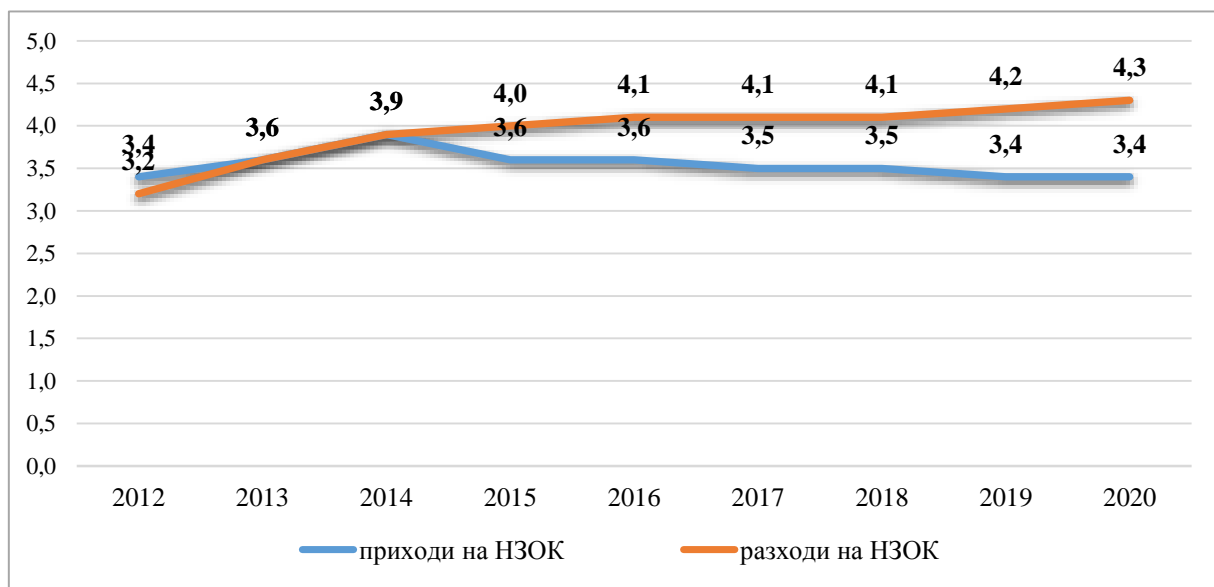


Източник: Световна банка

Очакванията на СБ са разходите на НЗОК да се увеличат от 3,6% от БВП през 2013 г. (2 780 000 000 лв.) на 4,3% от БВП през 2020 г. (4 375 000 000 лв.). Същевременно се прогнозира намаление на приходите като относителен дял от БВП - от 3,6% от БВП (2 788 000 000 лв.) на 3,4% от БВП през 2020 г. (3 469 000 000 лв.), въпреки абсолютното увеличение от 681 000 000 лв. Това според прогнозите може да доведе до дефицит във финансирането на НЗОК от 0,9 процентни пункта от БВП (906 000 000 лв). Този дефицит ще доведе, при равни други условия, до влошаване с 0,9 процентни пункта на фискалното положение в България през 2020 г.

Изразходването на средства от НЗОК ще се увеличи от 9,5% от всички изразходвани средства от правителството през 2013 г. на 11 % през 2020 г. (*Фиг. 21*).

Фиг. 21 Прогноза за приходи, разходи на НЗОК за периода 2013-2020 г.



Източник: Световна банка

„Демографските, епидемиологични и икономически тенденции, съчетани със съществуващите структурни неефикасности в настоящата система на здравеопазването, представляват значими предизвикателства за бъдещото адекватно финансиране на здравните услуги за населението на България.

Това е довело до ситуация, при която сегашната система на здравеопазване не отговаря на потребностите на населението и при която без значими реформи бъдещите здравни и финансови перспективи изглеждат мрачни.“

Световна банка 2015 г.

Според международните анализатори реформите в здравеопазването в България следва да се предприемат в контекста на настоящата и вероятно бъдещата макроикономическа и по-специално фискална ситуация. България, подобно на други напреднали и новопоявяващи се пазарни страни, ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличи изразходването на средства за здравеопазване. Макар част от този натиск да се дължи на вътрешно присъщи неефикасности в сегашната система, много от тях са външни по отношение на системата на здравеопазването и включват: застаряването на населението, нарастването на доходите, техническия прогрес, както и

здравни политики и институции. Степента, до която България се справя с тези различни видове натиск, зависи както от общите фискални фактори в страната, така и от решенията на правителството в сферата на определянето на приоритетите в здравеопазването.

В проучване на МВФ се изтъква настойчивостта на този натиск в дългосрочен план както в напредналите, така и в новопоявяващите се пазарни страни. За да изпълнят фискалните си цели и да усвоят прогнозираното нарастване на публичните разходи през периода от 2014 до 2020 г. страните ще трябва да увеличат средно първичния си баланс (приходите на правителството минус разходите без плащанията на лихви) с 2,25 процентни пункта от БВП. МВФ счита, че за България публичните разходи за здравеопазване ще трябва да се увеличат с 3,2 процентни пункта от БВП до 2050 г., за да се отговори на тенденциите и в демографските показатели и извънредно бързото нарастване на разходите.

Във фискална среда с ограничения това ще доведе до силен натиск върху правителството за:

- повишаване на приходите;
- контролиране на разходите;
- определяне на приоритети.

Първият подход предполага увеличаване на средствата за здравеопазване чрез пренасочване на такива от други пера на обществения разход. Следва да се има предвид, че необходимостта от повишаване на приходите в системата за здравеопазване е обективно обусловен процес, който налага въпросът за „подходящото ниво” на финансиране да се постави в общия контекст на политиките за подобряване на здравето и стойността, която се придава на здравето и здравеопазването разгледани сами по себе си или в сравнение с други сфери на обществения разход.

Едновременно с това следва да се отчита и факта, че значителното нарастване на средствата за здраве през последните години обаче не доведоха до съответно подобряване на показателите за здравето на населението. Това показва, че без други мерки този подход сам по себе си не гарантира успешно справяне със здравните предизвикателства.

Вторият подход за контролиране на разхода за здравеопазване е свързан с прилагане на стратегии, които оказват влияние на търсенето и предлагането на здравни услуги.

В настоящият момент предприетите мерки за контрол на разходите за здравни услуги в българската здравно-осигурителна система не дават задоволителни резултати и не могат да овладеят непрекъснатото нарастване на средствата за здравноосигурителни плащания, особено за болнична помощ и осигуряване на лекарствени продукти. Това налага въвеждането на нови ефективни форми на контрол на разходите в системата:

Въвеждането на разходни тавани за заплащаните от НЗОК болнични услуги, както за общия разход, така и на неговите компоненти и тяхното ефективно управление и контрол ще ограничи необоснованото нарастването на разходите за болнична помощ. Дългосрочните ефекти от тази мярка включва оптимизиране броя на болничните легла, рационално реструктуриране на болничните услуги, интензифициране на болничните дейности, скъсяване на болничния престой и др..

Регулирането на използването на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии и установяването на контрол върху тях също се нуждае от внимание. Подобен контрол ще включи мерки за увеличена регулация, концентриране на материалната база, предотвратяване на неконтролируемото и нарастване и избягване на дублираното оборудване.

Важна мярка е заплащане от НЗОК на услуги само от такива нови технологии и лекарствени продукти, които имат доказан ефект върху лечението. Натоварването на разходите вследствие въвеждането на нови технологии и лекарствени продукти, въпросът за тяхната безопасност, общественото въздействие и проблемите от етично естество налагат необходимостта от внимателна оценка преди да се допусне внедряването им в клиничната практика. Това ще наложи създаването на капацитет за оценка на здравните технологии в контекста на ефикасността и качеството на здравните услуги.

Установяването на контрол върху поведението на медицинските специалисти е от изключителна важност. Чрез въведените медицински стандарти, диагностично-терапевтични алгоритми и правила за добра практика трябва да се усъвършенства контролът и заплащането на прегледите, клиничните изследвания, процедурите и предписването на лекарства, свързани с конкретно заболяване.

Необходимо е обаче да се подчертае, че контролът върху разходите в здравеопазването трябва да бъде подчинен на разбирането, че той по същество е метод за оптимизирането им с цел постигане на определени здравни резултати, а не на самоцелен стремеж за тяхното намаляване или ограничаване.

Третият и най-целесъобразен подход е повишаване на ефективността при изразходване на средства в здравеопазването.

Повишаването на ефективността в сектора на здравеопазването би могло да доведе до значително по-добри резултати и би могло да компенсира необходимостта от съществено увеличение на разходите. Мерките за подобряване на ефикасността включват съществени промени в начина на функциониране на системата и предоставяните от нея услуги, в т.ч. рационализиране на болниците, засилване на алтернативите на болничната помощ и решаване на проблема с ограничените човешки ресурси чрез използване на финансови фактори и други стимули, необходими за оставането на квалифицирани здравни работници в България.

Ефективното разходване на средствата за здраве налага прегрупиране на финансовите ресурси:

- по пакети здравни дейности;
- по видове медицинска помощ – първична, специализирана извънболнична, болнична;
- по направления промоция, профилактика, скрининг, диагностика и лечение;
- по видове осигуряващи се лица и осигурителни плащания;
- на база резултати и качество на медицинската помощ.

Особено внимание заслужава определянето на **приоритетни здравни услуги** с оглед рационално разпределение на средствата за тяхното финансиране

През последните няколко години нараснаха емпиричните наблюдения за резултатността от прилагания от НЗОК и съсловните организации на медицинските специалисти инструментариум за определяне на приоритетни здравни услуги. Най-общо тези наблюдения показват, че прилагането на добре обмислени подходи за определяне на приоритети ще играе положителна роля не само сега, но и през следващите години.

Определянето на приоритетни здравни услуги е обоснована от необходимостта за концентриране на ресурсите за осъществяване на дейности, интервениращи върху основните здравни проблеми на населението и подобряване на здравните показатели на населението.

Действащите в момента механизми за заплащане на здравни дейности чрез системата на задължителното здравно осигуряване държавния бюджет не позволяват приоритизиране и насочване на ресурсите в системата (финансови, човешки,

инфраструктурни и др.) към значимите проблеми на здравето. Необходимо е те да бъдат преразгледани в контекста на определените национални здравни цели (Фиг. 22) чрез въвеждане на:

- Основен/базов пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, насочен към профилактика, диагностика и лечение на основните заболявания и състояния, причиняващи смърт и загуба на работоспособността; детско и майчино здраве;
- Допълнителен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, позволяващи планиране чрез листа на чакащите;
- Спешен пакет здравни дейности, заплащан от Министерство на здравеопазването;

Разделянето на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК не е свързано с принципа промяна в здравноосигурителния модел, а цели да прецизира медицинската помощ, закупувана от НЗОК, в зависимост от социалната значимост на заболяванията и оптимално необходимото време за тяхното лечение.

Основният и допълнителният пакет здравни дейности ще се заплаща от НЗОК, като за дейностите от основния пакет лимитирането да бъде сведено до минимум, докато по отношение на плановите дейности от допълнителният пакет ще бъдат създадени механизми за планиране в рамките на определени лимити и формиране на листа на чакащите пациенти. Здравноосигурените лица, които не желаят да чакат за медицински дейности, включени в допълнителния пакет, ще могат да получат съответната здравна услуга чрез договор за медицинска застраховка с избрано от тях застрахователно дружество.

Децата, бременните и майките ще бъдат приоритетно обслужвани в рамките на основния пакет здравни дейности.

Спешният пакет здравни дейности ще се покрива от държавния бюджет и чрез него ще се гарантира на всеки български гражданин своевременно и равнопоставен достъп до медицинска помощ при спешни състояния.

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

Фиг. 22 Преструктуриране на пакета здравни дейности



Важен елемент от цялостната политика за подобряване на ефективността на системата на здравеопазването е провеждането на адекватна лекарствена политика, насочена към цели - качество, безопасност и ефикасност на всички лекарствени продукти; достатъчна наличност и достъпност на основни лекарствени продукти; предписване и използване на доказани в терапевтичната практика и стойностно-ефективни лекарствени продукти.

За ограничаване на необоснованото нарастване на разходите за лекарствени продукти през последните години се предвижда комплексно различни механизми:

- реимбурсна политика, ориентирана към целите;
- прогенерична лекарствена политика;
- използване на иновативни медикаменти при осигурена финансова стабилност и прогнозируемост на база на потребности и доказана ефективност;
- оценка на здравните технологии и др.

Очакваните резултати от реализирането на предвидените мерки са осигуряване на качествени и достъпни лекарствени продукти, ефективно и рационално използване на публичните средства и гарантиране на финансова устойчивост.

Основни дейности за реализация на целите:

➤ Осигуряване на финансова стабилност на системата за здравеопазване, в т.ч.:

- Устойчиво повишаване на средствата за здравеопазване като % от БВП;
- Приемане на стандарти за финансиране на здравните дейности, които са ангажимент на държавата, гарантиращи ефективно и ориентирано към резултати разходване на средствата от държавни бюджет;
- Подобряване на приходната част на здравното осигуряване чрез увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски и поетапно увеличаване на заплащането на размера на здравно-осигурителните вноски за лицата, осигурявани от държавата;
- Създаване на стимули за развитие на доброволното здравно осигуряване;
- Използване на средствата от европейските фондове и други международни фондове за финансиране на дейности, свързани с развитието на здравната система;
- Използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на проекти, при които водещ критерий е общественият интерес.

➤ Ефективно изразходване на финансовите ресурси за задоволяване на потребностите на населението от качествена и достъпна медицинска помощ:

- Реструктуриране на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК и регламентиране на:
 - основен пакет здравни услуги, насочен към профилактика, диагностика и лечение на основните заболявания и състояния, причиняващи смърт и загуба на работоспособността в извънболничната и болничната помощ, детско и майчино здравеопазване;
 - допълнителен пакет здравни услуги, позволяващи планиране на ресурсите, гарантиран от системата на здравното осигуряване или други източници;Регламентиране на спешен пакет дейности, заплащани от държавния бюджет в извънболничната и болничната помощ;

- Подобряване на механизмите за ценообразуване и финансиране на медицинските дейности, в т.ч. регламентиране на „цена на труда” на медицинските специалисти, която да бъде включена като елемент на цената на дейностите;
 - Подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси;
 - Въвеждане на механизъм и критерии за подбор на изпълнители на медицински услуги, които се заплащат с публичен ресурс с цел гарантиране на потребностите на населението от качествена медицинска помощ;
 - Обвързване на финансирането с оценка на качеството на медицинските дейности и удовлетвореността на пациентите.
- **Създаване на финансови механизми за реструктуриране на системата на здравеопазване и адаптирането ѝ към потребностите на населението от медицинска помощ чрез:**
- Подобряване на структурата на разходите по видове медицинска помощ с постепенно балансирано увеличение на средствата и относителния дял на разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и намаление на разходите за болнична медицинска помощ и лекарствени продукти;
 - Създаване на финансови модели и механизми за пренасочване на средства към нови форми на обслужване на пациентите - еднократно лечение, еднократна хирургия, дългосрочни грижи, продължително лечение и палиативни грижи;
 - Пренасочване на допълнителен финансов ресурс, осигуряващ разширяване на обема дейности, осъществявани в първичната медицинска помощ.
- **Повишаване на ефективността на лекарственото лечение с цел подобряване качеството на живот на пациентите и намаляване на разходите за лечение чрез:**
- Въвеждане на механизмите за оценка на здравните технологии при провеждане на лекарствената политика;
 - Въвеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени заболявания, лекарствени продукти за домашно лечение, както и за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща в изпълнение на национални програми със средства от бюджета на МЗ, с цел намаляване на разходите на НЗОК;
 - Създаване на механизъм за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в позитивния лекарствен списък, които увеличават разходите на НЗОК;
 - Въвеждане на фармако-терапевтични ръководства включващи критерии за оценка на ефикасността на прилаганата терапия, както и препоръки за алгоритми за лечение с лекарствени продукти, заплащани с публични средства, което ще доведе до засилен контрол и оценка на прилаганата терапия.

ЗДРАВНА СИСТЕМА, ОРИЕНТИРАНА КЪМ ОСНОВНИТЕ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ЗА ЗДРАВЕТО

Стартиралата пред 1999 г. реформа на нашето здравеопазване и въведените тогава модели за организация и предлагане на първичните, специализираните извънболнични и болничните услуги търпят през последните години непрекъсната промяна в конфигурацията си, което е отражение на промените както в търсенето им, така и в способите за тяхното предлагане и финансиране.

Сега натискът за преразглеждане на тези модели е продиктуван от редица фактори, в това число – от проблема за контрола на общия разход за здравни услуги и налагащата се тенденция за търсене на допълнителни средства като отговор на промените в демографската структура на населението и повишените изисквания на пациентите и медицинските професионалисти за подобряване качеството на медицинската помощ и грижите за болните.

Новите технологии в областта на образната, функционалната, ендоскопската и медико-лабораторната диагностика, в терапевтичните и хирургичните способности на лечение, в трансплантологията и т.н. оказва значително влияние върху структурата и дейността на практиките, свързани с клиничната и превантивната медицина. От друга страна, с установяването на строг контрол върху оползотворяването на средствата за здравни услуги, започна да нараства скептицизмът относно рационалността на очертаните в Закона за лечебните заведения и в ежегодните Национални рамкови договори граници между различните видове здравни грижи. И по-конкретно ролята на хипертрофираната мрежа от болнични заведения, която все по-често се поставя под въпрос, при наличните организационни и професионални възможности за разширяване на диагностиката и лечението в извънболнична обстановка. През последните години се налага и необходимостта от включването на здравните услуги в общ подход за комплексна грижа за лицата с медико-социални проблеми и развитието на интегрирани здравно-социални услуги.

Затова е наложително здравната система да отговори бързо и целесъобразно на този натиск чрез прегрупиране на ресурсите в рамките на отделните видове здравни услуги и чрез търсенето на най-добрите и най-изгодни в разходно отношение решения в условията на променящите се здравни потребности и изисквания на пациентите.

Броят и видът на лечебните заведения у нас, наличната в тях материална база и оборудване, а така също и броят и структурата на работещите в тези заведения медицински и други професионалисти трябва да бъдат реорганизираны така, че да се постигнат по-добри резултати по отношение на клиничната практика, финансирането и качеството на здравните услуги.

Укрепването на здравната система и нейното фокусиране върху потребностите на хората от достъпна и качествена медицинска помощ и интегрирани грижи е основното предизвикателство пред здравните политици в следващите години.

Анализът на състоянието на системата за здравеопазване показва, че структурите и процесите в извънболничната помощ се характеризират с липса на добра координация между обществените здравни услуги и останалите здравни и социални дейности, включително насърчаването на здравето, превенцията на заболяванията, реагиране в случаи на остро заболяване, управление на грижите и рехабилитация. Има много причини за лошата координация, включително и слабо управление на здравната система и фрагментирана организация за предоставяне на услуги, в т.ч. здравни и социални, липсата на финансови стимули и финансови политики, водещи до ефективно координиране на грижите, различия в клиничната практика на лекарите (и при общопрактикуващите лекари и при специалистите) и липсата на доказателствено обосновани подходи за целия последователен процес на грижи.

Развитието на първичната медицинска помощ продължава да бъде основно предизвикателство в България поради ограничения профил на дейностите и задачите, липса на условия за работа в екип, ограничено признание, слаби връзки с по-високи нива на обслужване и неадекватно финансиране. Този модел е резултат от изкривените тенденции на разходите за здравеопазване и политики, които благоприятстват интензивните лечебни услуги и високотехнологичната диагностика, за сметка на основната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето, рехабилитация и социални грижи.

Промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията са особено важни елементи на общественото здравеопазване и по-нататъшното развитие на първичната здравна помощ предоставя ключов, стратегически метод за ефективно предоставяне на тези услуги.

Първичната здравна помощ, осъществявана от добре обучени общопрактикуващи лекари и други медицински специалисти, е основен инструмент за преодоляване на предизвикателствата, пред които е изправена здравната ни система.

Тя следва да развива своя капацитет за предоставяне на услуги за насърчаване на здравето и профилактика на заболяванията и да действа като център за свързване към други форми на грижа. Трябва да се изгради подход за координирани грижи, който насърчава една балансирана система от обществени, в т.ч. и социални услуги, промоция на здравето, превенция на болестите и специализирана извънболнична и болнична помощ.

Подобни интегрирани здравно-социални подходи и услуги ще бъдат в състояние да решат по най-добрия начин потребностите на пациентите от поддържащо лечение, общи и/или специфични здравни грижи, битово подпомагане и социална рехабилитация в амбулаторна или домашна обстановка и ще доведат до чувствително намаляване на потребностите им от прием в болници за активно лечение. По този начин първичната медицинска помощ ще е в състояние да откликне на съвременните потребности като създаде среда за развиване на партньорство и насърчи пациентите да участват в лечението по нови начини, както и да се грижат по-добре за собственото си здраве.

Най-отличителните черти на ефективната, насочена към хората първична медицинска помощ, която следва да бъде изградена в България, включват съсредоточаване на вниманието върху здравните потребности; поддържане на персонализирани взаимоотношения, посредством координатори на грижи, които използват подходи за управление на случаите на хронични грижи; поемане на отговорност за здравето и здравните детерминанти през целия живот и интегриране на хората като партньори в управлението на техните здравни проблеми.

Постигането на тази цел изисква не само реформиране на предоставянето на услуги, но и съобразяването на решенията за финансиране на здравето, за да се осигури подходящото разпределение на средствата в рамките на здравния сектор, реформи в обществената политика, които да осигурят ангажираността на другите обществени сектори и самите хора за опазване на общественото и лично здраве.

Основни дейности за реализация на целите:

➤ Усъвършенстване на структурата, организацията и финансирането на първичната медицинска помощ

- Разширяване на функциите и дейностите, осъществявани в първичната медицинска помощ; подобряване на системата за заплащане на първичната медицинска помощ, при която да се увеличава дела на заплащане за дейност;
- Усъвършенстване на механизмите на планиране и определяне на дейността на общопрактикуващи лекари с оглед недопускане на ограничаване на диагностичната и лечебна дейност на общопрактикуващи лекари;
- Въвеждане на механизми за осигуряване на населението на равнопоставен достъп до първичната медицинска помощ;
- Усъвършенстване на модела за организация на работа в първичната медицинска помощ с цел осигуряване на своевременен достъп на населението, извън случаите със спешни състояния.

➤ Подобряване на качеството на първичната медицинска помощ

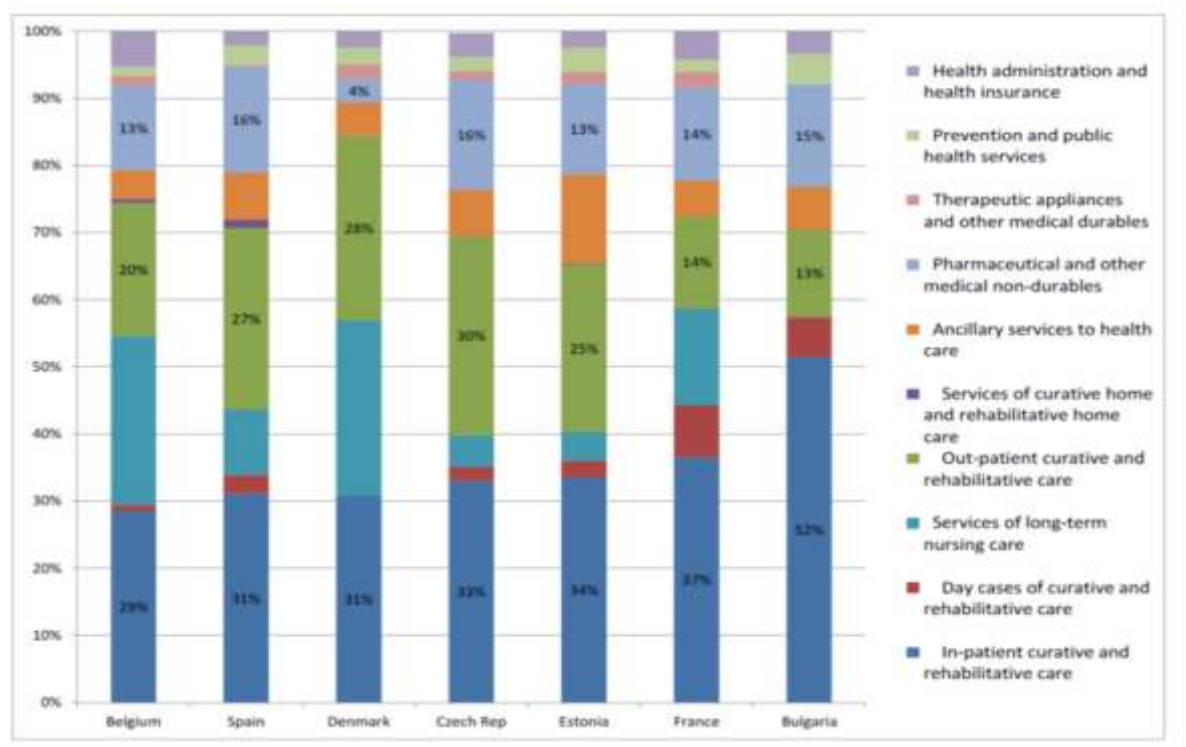
- Създаване на облекчения за специализация по обща медицина, съобразени с характеристиките на работния процес в лечебните заведения за първична медицинска помощ;
- Въвеждане в практиката на ръководства за поведение на общопрактикуващи лекари при основните заболявания, водещи до смърт и загуба на работоспособността; детско и майчино здравеопазване;
- Усъвършенстване на методиката и критериите за акредитация на лечебните заведения за първичната медицинска помощ с оглед гарантиране на качеството при осъществяване на дейностите по оказване на първична медицинска помощ и обучение.

➤ Подобряване на координацията и взаимодействието на първичната медицинска помощ с останалите сектори на системата за здравеопазване и социални грижи

- Създаване на предпоставки за функционално или структурно обединение на лечебните заведения за първичната медицинска помощ, както помежду си, така и в рамките на лечебни заведения за специализирана помощ;
- Подобряване на регламентите за координация и взаимодействие между лечебните заведения за първичната медицинска помощ и системата за спешна медицинска помощ и структурите за специализирана извънболнична и болнична медицинска помощ;
- Развитие на интегрирани здравно-социални услуги в общността.

Проучването на изразходваните държавни средства в различните страни показва, че България изразходва сравнително повече средства за болнични услуги - 52 процента от сегашните разходи, близо 20 процентни пункта над дела, предназначен за болници в другите страни (Фиг. 23).

Фиг. 23 Държавни средства за здравеопазване в България и страни от ЕС



Източник: OECD health и България ННА

Болничният капацитет и делът на хоспитализациите са над средното равнище, дори при сравнение на България със страни със сходни равнища на приходи и разходи за здравеопазване. Въпреки, че броят болнични легла на 1000 души е намалял значително в сравнение с пика през 90-те години на миналия век, той остава относително по-висок от средните европейски нива. В същото време нараства броят на разкритите нови болнични заведения, основно в частния сектор.

В резултат на липсата на ефективни механизми за планиране и регулиране на капацитета на болничните структури, болничният сектор в България се характеризира с голям брой болнични заведения и болнични легла и нарушена структура на легловия фонд с превес на леглата за активно лечение.

Тази излишна инфраструктура е придружена и от по-високо от средното за ЕС потребление на болнични услуги. През 2011 г. хоспитализациите в България са били с близо 40 процента повече в сравнение с по-неотдавна присъединилите се държави-членки на ЕС. Анализът на хоспитализациите в България, изготвен от Световна банка през 2013 г. показва, че поне 20 процента от стационарно извършените процедури в болници в България е можело да бъдат извършени в амбулаторни условия.

В същото време извънболничните прегледи са сравнително по-малко в България (средно 5,5 амбулаторни посещения на лице за година през 2011 г.), в сравнение със средно 7,23 посещения в други страни, които са се присъединили към ЕС след 2004 г.¹¹

В тази връзка препоръката на ЕС относно Националната програма за реформи на България за 2014 г. е: „*Да осигури ефективно спрямо разходите предоставяне на здравно обслужване, включително чрез подобряване на ценообразуването за услугите в областта на здравеопазването при обвързване на финансирането на болниците с резултатите, ускоряване на оптимизирането на болничната мрежа и развиване на възможностите за извънболнично лечение*“.

Рационализиране на предлагането, ефикасността и уместността на болничните услуги и произтичащото от това намаляване броя на ненужните хоспитализации е ключов елемент на реформата в организацията и структурната конфигурация на системата на здравеопазване в страната.

Крайната цел е оптимизиране на мрежата от болниците за активно лечение и намаляване на броя на леглата в тях и в същото време запазване и увеличаване на възможностите им за лечение на остри заболявания, развитие на високотехнологични диагностични и лечебни услуги и нарастване на подкрепящата роля на системата за извънболнична помощ, структурите за рехабилитация, продължително лечение, дългосрочни грижи и др.

Уместно е да се интервенира във въвеждане на нови технологии, включително ендоскопски и други инвазивни диагностични и лечебни процедури, хирургични интервенции, лекарствено лечение и др., които ще дадат възможност за ранна и качествена диагностика и безопасно и ефикасно лечение на все по-голям брой заболявания.

Необходимо е разработване на критерии (индикации) за хоспитализация и дехоспитализация в планов и спешен порядък, както и въвеждане на изисквания и критерии за качество на медицинските дейности, обвързани с краен резултат от болничното лечение като основание за заплащане на болничните дейности.

Важно значение има и подобряване на капацитета и условията в болниците за продължително лечение и рехабилитация и в хосписите, което ще позволи значителен процент пациенти с хронични заболявания или такива, нуждаещи се от палиативни грижи, да бъдат хоспитализирани в тях, а не в скъпоструващите в разходно отношение болници за активно лечение.

Основни дейности за реализация на целите:

➤ Преструктуриране и рационализиране на болничния сектор чрез:

- Въвеждане на задължителна Национална здравна карта,
- отчитаща потребностите на населението от медицинска помощ по видове – съобразно възрастова структура, заболяемост, болестност, смъртност, детска смъртност и др.;
- създаваща задължителни минимални и максимални изисквания за териториалното разпределение на структурите за извънболнична, болнична и спешна медицинска помощ, високотехнологични медицински дейности;
- регламентираща възможностите за инвестиции и достъп до публични ресурси в системата на здравеопазване.
- Развитие на модела за оценка на качеството в лечебните заведения чрез въвеждане на задължителна акредитация на лечебните заведения за болнична помощ, които желаят да ползват публични средства;

¹¹ WHO Health for All Database, 2014

- Стимулиране на създаването на болнични обединения с цел ефективно използване на болничните ресурси;
- Стимулиране на процеса на преобразуване на леглата за активно лечение в легла за продължително лечение, както и развитие на едnodневната хирургия, дневните стационари, амбулаторната дейност и др.
- Създаване на модел за реструктуриране на лечебни заведения за болнична помощ с ограничени възможности за ниво на компетентност, включващ развитие на дейности по дългосрочни грижи.

➤ **Въвеждане на механизми за повишаване на качеството и ефективността на болничната помощ:**

- Създаване на условия за развитие на високотехнологичните дейности при гарантиран равнопоставен достъп на населението и ефективно разходване на ресурсите;
- Въвеждане на система за заплащане на болничната дейност, основана на резултатите от диагностично-лечебната дейност;
- Подобряване на системата за контрол на болничните дейности на базата на обективни критерии и индикатори за оценка на качеството и удовлетвореността на пациентите;
- Ангажиране на съсловните организации в процеса на осигуряване на качеството на болничната помощ;
- Подобряване логистиката в здравната система чрез въвеждане на правила за координация и взаимодействие между медицинските специалисти и лечебните заведения от спешната, първичната и специализирана извънболнична и болничната помощ, както и между отделните нива болнична помощ;
- Въвеждане на специфични механизми и подходи за осигуряване медицинско обслужване в отдалечени и труднодостъпни райони.

СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Спешната помощ ще се развива с цел осигуряване на равнопоставения достъп на населението, съответстващ на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност. Това ще изисква подобряване на функционирането на системата и гарантиране на нейната финансова устойчивост, кадрова и материално-техническа обезпеченост.

Промените ще бъдат насочени към решаване на проблемите, свързани с:

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

Предвижда се прилагане на интегриран модел за обслужване на спешните пациенти в равнопоставени структури за извънболнична и болнична помощ, който да гарантира своевременност, непрекъснатост и високо качество на изпълняваните медицински дейности в съответствие с Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ в условията на последователност, прозрачност и обществен консенсус.

Основни дейности за реализация на целите:

➤ Осигуряване на равномерно и адекватно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ

- Актуализация на нормативната уредба, регламентираща структурата и организацията на интегрираната система за спешна медицинска помощ, в съответствие с Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ;
- Въвеждане на критерии за осигуреност и достъп на населението със структури за спешна медицинска помощ с определени нива и компетентност;
- Изготвяне и утвърждаване на Карта на системата за спешна медицинска помощ като елемент на Националната здравна карта.

➤ Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ

- Строителство, ремонт, реконструкция и оборудване на централите за спешна медицинска помощ и болничните структури за спешна медицинска помощ;
- Осигуряване на нови санитарни автомобили и медицинско оборудване за мобилните медицински екипи;

- Подобряване на комуникационно-информационната система на спешната помощ и интеграция с Националната система за спешни повиквания, единен европейски номер тел. 112. Координирано използване на ТЕТРА-системата на МВР.

➤ **Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ**

- Въвеждане на финансови стимули за работа в системата за спешна медицинска помощ чрез поетапно увеличение на възнагражденията в Центъра за спешна медицинска помощ до 100% през 2020 г.;
- Въвеждане на система за подбор, непрекъснато обучение и оценка на работещите в системата за спешна медицинска помощ;
- Регламентиране на нови видове персонал в системата на спешната медицинска помощ – лекарски асистенти и парамедици;
- Изграждане на център за обучение на работещите в системата за спешна медицинска помощ.

➤ **Осигуряване на ефективна организация, координация и управление на единната система за спешна медицинска помощ**

- Актуализация на медицинските стандарти, регламентиращи изискванията към структурите, осъществяващи спешна медицинска помощ;
- Въвеждане на задължителни стандарти и протоколи за триаж и поведение в системата за спешна медицинска помощ;
- Изграждане на логистичен център към МЗ, осъществяващ координацията и управлението на единната система за спешна медицинска помощ
- Осигуряване на готовността на единната система за спешна медицинска помощ за реакция при бедствия;
- Развитие на европейската координация и трансгранично сътрудничество при оказване на спешна медицинска помощ и реакция при бедствия.

➤ **Осигуряване на финансова устойчивост на системата за спешна медицинска помощ**

- Усъвършенстване на механизмите за управление на бюджетите на Центровете за спешна медицинска помощ;
- Усъвършенстване на механизмите за финансиране на болничната спешна помощ;
- Ефективно използване на възможностите на оперативните програми за финансиране на дейности, свързани с развитието на системата за спешна медицинска помощ.

ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ

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

Реализацията на политиката в областта на човешките ресурси ще се извърши с активното сътрудничество на различни институции – министерства, професионални организации, висши училища, национални центрове, лечебни заведения и др., имащи отношение към развитието на човешките ресурси.

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

Образованието и обучението на здравните специалисти трябва да бъдат преосмислени така, че да се подобри съгласуването между приоритетите на образованието и здравните системи и здравните нужди на населението.

Способността да актуализират своите знания и умения и да реагират на новите здравни предизвикателства е необходимо условие за здравните професионалисти на бъдещето и то трябва да бъде подкрепено от лесен достъп до възможности за учене през целия живот.

Това включва придобиване на знания и компетентности за: извършване на услуги в екип, нови форми на обслужване (включително домашни грижи и продължително лечение), умения за насърчаване овластяването на пациента и способността за полагане на грижи за собственото здраве, по-добро стратегическо планиране, управление, работа с различни сектори и капацитет за лидерство.

Нужна е нова култура на работа, която благоприятства въвеждането на нови форми на сътрудничество между работещите в системата на общественото здраве и здравеопазването, както и между здравните и социалните работници, а също и с представителите на други сектори.

Връзката между лекарите и другите медицински специалисти и пациентите остава от решаващо значение и трябва да бъде подкрепяна, тъй като здравните грижи стават все по-сложни и по необходимост мултидисциплинарни.

Ефективността и производителността също могат да бъдат увеличени чрез подобряване на процеса на грижи чрез надеждни подходи и пакети от грижи; създаване на последователни интердисциплинарни здравни екипи с ефективно управление; създаване на учебни програми на база компетентност, подсилени чрез обучение на и извън работното място; справедливо възнаграждение, подходящи стимули и достъп до необходимите ресурси; предотвратяване на професионалните рискове и повишаване на ролята на информацията, обратната връзка и оценка.

От значение е да се създадат адаптивни политики, устойчиви структури и способност за активна подготовка и реакция при извънредните ситуации за общественото здраве, в т.ч. взривове от заразни болести и други бедствия.

Основни дейности за реализация на целите:

- **Осигуряване на човешки ресурси за гарантиране на потребностите на населението от качествена и достъпна медицинска помощ чрез:**
 - Определяне на потребностите от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности в зависимост от здравно-демографските характеристики на населението;
 - Разработване и въвеждане на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването като част от националната здравно-информационна система;
 - Създаване на механизми за обвързване на приема за обучение на медицинските специалисти (лекари, специалисти по здравни грижи и др.) с установените потребности и дисбаланса в осигуреността с кадри в системата;
 - Регламентиране на изисквания за осигуреност с кадри на отделните нива на системата на здравеопазване на базата на критерии за равнопоставен достъп на населението до различните видове медицинска помощ;
 - Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към обучение и специализация на медицински специалисти в области, в които има сериозен дефицит на кадри;
 - Създаване на условия за разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.;
 - Регламентиране на нови категории персонал в системата на здравеопазване – лекарски асистенти, парамедици и др.

- **Усъвършенстване на системата за обучение и квалификация, гарантираща качеството на медицинската помощ чрез:**
 - Актуализиране на учебните програми във висшите училища, насочени към разширяване на практическите умения на медицинските специалисти с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност;
 - Усъвършенстване на процеса на специализация на кадрите в здравеопазването, включващо либерализиране на достъпа до специализация и повишаване на изискванията в хода на обучението и при придобиването на специалност;
 - Развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организирането и провеждането на обучението.

- **Подобряване на условията на труд и заплащане на работещите в системата на здравеопазване чрез:**
 - Разработване на нов модел за заплащане на работещите в системата на здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен и постигнатите резултати;
 - Въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в системата на здравеопазване.

РАЗВИТИЕ НА ЕЛЕКТРОННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

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

Обвързването на процесите в здравеопазването в единна национална система с възможност за контрол и обмен на информация в реално време чрез модули за наблюдение на основни показатели за системата на здравеопазване гарантира взаимна обвързаност на всички процеси в системата с приложената иновативна технология и дава възможност за адекватно анализиране и интервенция от страна на Министерството на здравеопазването. Реализацията създава възможност да се извършват онлайн повече административни и здравни услуги в сектора, осигурява достъп до информация на пациента за собственото му здраве, подобрява взаимовръзките между отделните нива на системата, подобрява качеството на медицинските услуги и ефективността на разходването на публичните средства за здравеопазване. Това е предпоставка за това финансовите процеси да бъдат прозрачни и лесни за проследимост, за анализиране и контрол, за удовлетвореност на всички участници в системата.

Основни дейности за реализация на целите:

- Изготвяне на нормативна база за въвеждане на електронна здравна карта като част от единната електронна идентификация;
- Проучване и анализ на информационните системи и информационните услуги за населението, свързани със здравето;
- Разработване на базисен модел на националната интегрирана здравно-информационна система;
- Изготвяне на пакет нормативни документи, регламентиращи функционирането на националната здравно-информационна система;
- Въвеждане на електронно досие, електронна рецепта, електронен болничен лист и др.;
- Развитие на интегрираната информационна система чрез поэтапно разширяване и надграждане на модулите на здравно-информационната система.

ПРИОРИТЕТ 3

АКТИВЕН ПОДХОД ЗА ГРИЖИ И СЪЗДАВАНЕ НА ПОДКРЕПЯЩИ СРЕДИ ЗА СПЕЦИФИЧНИ И УЯЗВИМИ ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

Здравното равноправие е етичен принцип, тясно свързан със стандартите на правата на човека. Стремещт към здравно равенство означава минимизиране на неравнопоставеността в здравеопазването и в ключовите детерминанти на здравето.

Шансовете за здравето на хората са тясно свързани с условията, при които те се раждат, растат, работят и стареят.

Приспособимите и упълномощени общности реагират проактивно на нови или неблагоприятни ситуации, подготвят се за икономическа, социална и екологична промяна и се справят по-добре с кризата и трудностите.

Общности, които остават в неравностойно положение и са безсилни, имат непропорционално лоши резултати както по отношение на здравето, така и по отношение и на други социални фактори като образованието и престъпността.

Това налага активни подходи за осигуряване на адекватни здравни грижи и подкрепа за най-уязвимите групи от населението и тези със специфични потребности.

ГРИЖИ ЗА ДЕЦАТА И МАЙКИТЕ

Опазването на детското и майчино здраве е от ключово значение за постигане на напредък по всички цели за развитие. Грижите за здравето на майките и децата са инвестиция в бъдещите поколения, тъй като през детството се поставят основите на човешкото здраве и се формира здравното поведение на всеки индивид, което обезпечава по-високо качество на здравния статус на националния човешки капитал.

Важно е да се подчертае, че за подобряването на здравето на децата е необходимо да се положат усилия за обединение в една интегрална съвкупност на твърде различаващи се области на интервенции, които изискват различна компетентност - промотивни, профилактични, социални и психологически мерки, подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицинския персонал, учителите и цялото население, изграждане на социални връзки и комуникации и укрепване на организационната мрежа между различни правителствени и неправителствени институции. Необходимостта от въвеждане на интегриран подход на институциите и обществото за здравето на децата отразява разбирането, че грижата за детското здраве и развитие е задължение на родителите, държавата, институциите и на обществото като цяло, както и на самото дете в по-горните възрасти.

В рамките на системата на здравеопазване е необходимо прилагане на интегриран подход на медицински грижи за децата и майките (в т.ч. профилактика, ранна диагностика и лечение), който да обхване периодите преди забременяване, по време на бременност, раждане, следродилен период, децата от 0-18 год. със специфичните им потребности във всеки период на развитие.

За преодоляване на съществуващата липса на координация в процеса на здравното обслужване на бременните и децата следва да се развива капацитета на системата за оказване на качествени специализирани грижи за бременни и деца, за

бременни с патология на бременността, за деца с хронични заболявания и деца със специални потребности и да се изградят съответни нива на обслужване и взаимовръзки между тях.

Осигуряването на добре познати и ефективни здравни интервенции по време на бременността, при раждане и по време на първата седмица от живота може да предотврати значителна от смъртните случаи при новородени, да намали майчината смъртност и да осигури по-добро начало за новородените бебета. Опитът показва, че инвестирането в ранното детско развитие е една от най-мощните мерки, които могат да се предприемат за намаляване на ескалацията на тежестта на хроничните болести в бъдеще.

Решаването на проблемите на детското и майчино здраве обаче изисква здравната система да излезе от тесните рамки на дейностите по осигуряване на стандартни медицински грижи за бременните и децата. Повишаването на качеството на грижите за детското и майчиното здраве следва да се реализира чрез обмен на добри практики и система за комуникация между държавния и неправителствения сектор, както и на консенсуси между различните медицински специалисти, ангажирани с майчиното и детско здраве. Необходими са активни информационно-комуникационни подходи за здравето на майките и децата, насочени към младите хора, семействата и други специфични за интервенция групи, в т.ч. в областта сексуалното и репродуктивно здраве, превенцията и контрола на полово предавани инфекции, храненето на кърмачета и малки деца и др.

Широк кръг от заинтересованите страни следва да бъдат мобилизирани в подкрепа на програми, които насърчават здравето, включително за подобряване на социалното и икономическото състояние на децата, живеещи в неравностойно положение. Интегриране на работата върху психичното и сексуалното здраве в тези програми и дейности е особено важно.

Основни дейности за реализация на целите:

- Въвеждане на система за мониторинг и контрол на обхвата на бременни и деца с профилактични дейности;
- Надграждане на действащи регистри за осигуряване на структурирана информация за ражданията и проследяване на здравния статус на родените деца с медицински риск;
- Въвеждане на доказано ефективни скринингови програми;
- Изграждане на логистични мрежи при обслужване на деца с хронични болести и специални потребности;
- Оборудване с високотехнологична апаратура на акушерогинекологичните и неонатологични структури;
- Обучение на лекари за диагностика на фетална морфология, обучение на лекари и други медицински специалисти за семейно консултиране, обучение на семейства и двойки;
- Разработване на програми за здравно образование по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата, хранене и здравословно поведение с акцент върху определени целеви групи;
- Развитие на интегрирани иновативни междусекторни услуги за деца и семейства (с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др.);

ЖИВОТ В ОБЩНОСТТА ЗА ВСЯКО ДЕТЕ

Министерство на здравеопазването ще продължи активното си участие в процесите на деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи, насочени към осигуряване на живот в общността за всяко дете чрез изграждане на система от услуги и мерки, осигуряваща превенция на изоставянето и здравно-социална подкрепа за семействата и децата или алтернативна на семейната грижа.

Преструктурирането на финансирането и ресурсите в системата ще даде възможност да се развиват интегрираните здравно-социални услуги за деца, с акцент върху разкриването на здравно-социални услуги по превенция на изоставянето на малки деца. Тези услуги ще са в подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания и ще ги подпомагат по отношение на ранна диагностика, лечение и специализирана рехабилитация, психологическа и логопедична помощ, както и обучение на родителите в поемане на грижата за детето в домашна среда.

Системата на здравеопазване ще координира усилията си със системата на социалните грижи по осигуряване на условия за продължително отглеждане на деца с тежки хронични заболявания в центрове, алтернативни на семейната среда, при осигуряване 24-часова медицинска грижа.

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

Основни дейности за реализация на целите:

- Нормативно регламентиране на възможностите за предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги;
- Закриване на домовете за медико-социални грижи за деца и насочване на ресурсите, освободени при закриването им (човешки и финансови) към иновативни услуги по превенция на изоставянето на деца – дневни центрове, резидентни услуги за малък брой деца с тежки увреждания, услуги за ранна интервенция, домашни посещения от медицински специалисти и др.;
- Обучение на медицинския персонал, които ще работи в новите интегрирани здравно-социални услуги за работа с деца със специфични потребности, грижи за дете с медицински риск в семейна среда и др.;
- Обучение по превенция на изоставянето на деца на персонала в родилни отделения, общопрактикуващи лекари, специалисти по акушерство и гинекология
- Подкрепа на лечебните заведения с акушерогинекологични структури за създаване на мултидисциплинарни екипи за работа със семейства на новородени деца с увреждания;
- Създаване на условия в лечебните заведения за болнична помощ с акушерогинекологични и педиатрични структури за утвърждаване на нов подход и култура по отношение на грижата за майките и децата.

ГРИЖИ ЗА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА

Застаряването на населението през последните години има много сериозни обществени и икономически последици върху българската здравна система. Повисоките разходи са предизвикани не от самото застаряване на населението, а от увеличаване на заболяемостта на възрастните хора.

Демографското развитие изисква предприемане на мерки за увеличаването на годините живот в добро здраве, което ще намали негативното влияние на стареенето на населението върху здравната система, както и ще направи пълноценни възрастните хора за техните семейства.

Остаряването в добро здраве трябва да бъде подпомогнато с активни действия за подобряване на здравето и предпазване от болести през целия живот чрез решаване на ключови проблеми като нездравословно хранене, ниска физическа активност, консумация на алкохол, наркотици и тютюн, неблагоприятно въздействие от околната среда и др. За остаряването в добро здраве съдейства активното популяризиране на здравословния начин на живот и намаляването на вредните навици, както и профилактиката и лечението на специфични болести, като се набляга на индивидуалния подход за лечение на всеки пациент.

Системата на здравеопазването, здравните и другите съпътстващи услуги да бъдат развити така, че тяхната организация и капацитет да съответстват на нуждите на възрастните хора. Всички нуждаещи се от грижи лица трябва да получат услуги, необходими за запазване на тяхното здраве, самостоятелност и достойнство.

Необходимо е създаване на интегрирани здравни и социални услуги, съобразени с нуждите на възрастните хора, които да гарантират добро медицинско обслужване и качествени грижи в общността. Тези услуги трябва да дадат възможност на възрастните хора да останат колкото може по-дълго време в „нормална”, т.е. обхващаща няколко поколения среда. Това ще подкрепи процеса на деинституционализация на възрастните хора и развитие на системата за дългосрочни грижи.

Основни дейности за реализация на целите:

- Повишаване на информираността на населението от всички възрасти за здравословен начин на живот;
- Приоритетно разширяване и развитие на националните скринингови програми за социално значими заболявания на база медицински и финансово доказана ефективност;
- Деинституционализация на настоящия модел на грижа за възрастните хора и предприемане на мерки за подобряване на дългосрочните грижи за възрастните хора;
- Развитие на дългосрочната грижа чрез създаване на иновативни междусекторни услуги (с фокус върху интеграцията на социални и здравни услуги), които да бъдат предоставяни в съответствие с реалните потребности на нуждаещите се;
- Повишаване на професионалната квалификация на предоставящите здравни услуги за възрастни хора и подобряване на специализацията на кадри в областта на психологическата помощ и подкрепа за възрастни хора;
- Подобряване на взаимодействието между държавния и неправителствения сектор при предоставяне на здравни и социални услуги за възрастни.

Психичното здраве е с основен принос за здравната неравнопоставеност. Психичните здравословни проблеми имат сериозни последици не само за отделните хора и техните семейства, но също така и за конкурентоспособността на икономиката и благосъстоянието на обществото. Лошото психично здраве е едновременно следствие и причина за неравенство, бедност и социална изолация. Психичното здраве също е и силен рисков фактор за заболяемост и смъртност от други заболявания.

Грижите за хората с психични разстройства са важен показател за развитието на едно общество. Държавите, в които тези грижи са добре развити, са затворили или са намалили броя на институциите и са ги заменили с голямо разнообразие от услуги, базирани в общността. В България все още се разчита на основните и традиционни психиатрични услуги като 90% от бюджета за психичното здраве се разходва за стационарно лечение на психично болни. Психиатричното лечение се извършва в заведения, които често отстоят на значително разстояние от дома на пациентите и затрудняват поддържането на връзки с близките. Възможностите на системата за психиатрична помощ да предоставя психо-социална рехабилитация са далеч от необходимото за посрещане на идентифицираните нужди. Наред с това липсва приемственост на грижите след като болните бъдат изписани и се върнат обратно в общността. Липсва връзка и координация и между отделните професионалисти, имащи отношение към страдащите от тежки психични разстройства.

Преструктурирането на ресурсите и реорганизацията в системата за психиатрична помощ в България следва да се осъществява в посока на развитието на формите на обществено базирана психиатрия, която да замени институционалното обслужване на хората с психични проблеми. Необходимо е изграждане на система от служби и услуги за психосоциална рехабилитация на лица с тежки психични разстройства чрез утвърждаване на интерсекторния подход и ангажирането на останалите обществени сектори.

Освен към тях, усилията ще бъдат насочени към една голяма група от хора, страдащи от т.нар. чести психични разстройства, които не стигат до сериозни нарушения в социалното функциониране. В голямата си част те не са обект на интервенции в системата и доказателство за това е фактът, че има несъответствие между високото ниво на болестност от чести психични разстройства и ниската обръщаемост по този повод. Има сериозни основания да се смята, че причините за това се крият в спецификите на организация на психиатричната помощ, която не създава благоприятни условия за ползване на тези услуги.

Ефективните професионални здравни услуги следва да идентифицират, наблюдават и подкрепят хора, изложени на риск, на ранен етап. Хората с психични проблеми трябва да бъдат открити от специалистите в първичната медицинска помощ, а хората в тежки състояния следва да бъдат насочени към специализирани интегрирани здравно-социални услуги.

Необходимо е да се търси решение и на проблема за осигуряване на обслужването на деца, като целта е да се акцентира на програми за интервенции по типични за детско-юношеската възраст проблеми като хранителни разстройства, ранен детски аутизъм, разстройства на развитието, проблеми в нервнопсихичното развитие, поведенчески и емоционални разстройства и др. Недостигът на специалисти е един от големите проблеми в тази област, който ще бъде обект активни интервенции.

Наред с това следва да се предприемат мерки за промяна в нагласите на цялото общество към психично болните, което продължава да бъде стигматизиращо и дискриминационно, както и за осигуряване на възможности за сдружаване на психично болните в организации, защитаващи техните права.

Основни дейности за реализация на целите:

- Осигуряване на психично-здравни услуги, които не се базират на изолация на психично болните, а позволяват тяхното участие в естествените човешки общности;
- Осигуряване на взаимосвързаност и координация на структурите и създаване на правила, клинични препоръки, процедури и критерии за оценка, съставляващи алгоритми за психично-здравни услуги, които ще осигурят непрекъснатост и комплексност на цялостния процес на психиатрично обслужване;
- Координация с други здравни и социални програми - рехабилитационни програми; програми за превенция на алкохолизма и наркоманиите; програмите за превенция и промоция на здравето и др.;
- Реализация на целеви обучения за работа в екип (медицински специалисти, социални работници, полицаи, учители, здравни медиатори и др.);
- Превенция на психичните разстройства чрез програми за намаляване на стреса в ежедневието и на работното място, справяне с домашното насилие, профилактика на самоубийствата и ранни интервенции при кризи;
- Кампании и действия срещу стигматизацията в обществото с цел да се благоприятства интегрирането на лицата, страдащи от психични разстройства.

ГРИЖИ ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДАНЯ

Подобряването на качеството на живот на хората с увреждания, недопускането на дискриминация по признак „увреждане“, осигуряването на равни възможности, пълноценното и активно участие във всички области на обществения живот, в т.ч. и равен достъп до качествено и безопасно здравеопазване, е ключов елемент от политиката за осигуряване на справедлива и достъпна здравна система.

Мнозинството от хората с увреждания имат повече общи и специфични за тяхното състояние проблеми, свързани с физическото, психичното и социално здраве, в сравнение с хората без увреждания. Затрудненията, свързани с физическия достъп и комуникационните проблеми, също често присъстват в процеса на предоставяне на медицинските услуги и това изисква да се търсят решения за преодоляване на тези проблеми.

Необходимо е да се предприемат мерки за осигуряване на оптимален достъп на хората с увреждания до основните здравни услуги, осъществявани в общата система на здравеопазване и основно в първичната медицинска помощ. Лекарите и медицинските специалисти в системата за първична медицинска помощ трябва да подобрят знанията си за хората с физически и умствени увреждания и техните здравословни проблеми. Общопрактикуващите лекари, които се грижат за пациенти с увреждания, следва да бъдат подкрепени от съответните лекари специалисти и лечебни заведения, в зависимост от вида и степента на увреждането.

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

Необходимо е въвеждане и развитие на форми на деинституционализация на настоящия модел на грижа за хората с тежки физически и психически разстройства, където често институционалната грижа се характеризира с деперсонализация, липса на

гъвкавост в дневния режим и програма, групов подход и социална дистанция. Изключително важно е да се осигури по-високо качество на услугите, предлагани в съществуващите специализирани институции с цел осигуряване на по-добро качество на живот.

Важен елемент на грижата за хората с увреждания е подобряване на модела за медицинска експертиза и оценката на работоспособността и социалните нужди към по-гъвкава система с различни критерии и оценки в зависимост от различните нужди и индивидуалните особености на хората с увреждания.

Основни дейности за реализация на целите:

- Въвеждане в медицинската практика на ефективни промотивни и профилактични мерки с оглед недопускане на трайна инвалидизация на хората с увреждания;
- Развитие на структурите за физикална терапия и рехабилитация и рехабилитационната помощ;
- Подобряване на достъпа на хората с увреждания до медицинска помощ, в т.ч. чрез изграждане на достъпна среда в лечебните заведения;
- Прилагане на съвременни медицински подходи за лечение (в т.ч. прилагане на съвременни медицински изделия), както и социализация и минимализиране на последиците от уврежданията за пълноценния живот на индивида;
- Обучение на персонала на лечебните заведения за работа с хора с увреждания;
- Въвеждане на нови подходи за работа в общността и непрекъснатата и интегрирана медицинска и социална грижа за хората с увреждания;
- Промяна на обхвата на дейностите по осъществяване на медицинска експертиза в рамките на експертиза на „вид и степен на увреждане“;
- Подобряване на достъпа и качеството на медицинската експертиза за вид и степен на увреждане в системата на здравеопазването.

ГРИЖИ ЗА УЯЗВИМИ ГРУПИ ОТ ОБЩЕСТВОТО

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

Неравенствата се натрупват в течение на живота и често продължават с поколения, което води до трайни дефицити в здравето и потенциала за развитие на семействата и общностите. Изключващите процеси произвеждат бариери за освобождаване и повишаване на индивидуалните и колективни способности. Когато такива групи като ромите, мигриращите, хората с увреждания и много възрастните,

изпитват множество изключващи процеси, те стават особено уязвими и тази уязвимост се вкоренява.

Усилията на здравеопазването следва да се насочат към определянето на потребностите на уязвимите групи от обществото и разработване на ефективни политики за опазване и подобряване за тяхното здраве. Тук основен акцент трябва да се постави върху неграмотните, хората от малцинствените групи, продължително и трайно безработните, изпаднали в социална изолация и икономическа зависимост от действията на държавата. Липсата или недостатъчната активност на държавата в областта на здравната политика е най-видима сред ромските групи.

Има необходимост от комплексна и всеобхватна политика на всички институции по отношение на бежанците, жертвите на трафик на хора, домашно и друго насилие.

Семействата на хора с алкохолна и други зависимости, болни със психични заболявания, болни с детска церебрална парализа или други трайни увреждания са друга категория, която е останала без необходимите специфични грижи и подкрепа от държавата.

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

Основни дейности за реализация на целите:

- Разработване на специфични програми за подобряване информираността на уязвимите групи чрез подходящо здравно образование;
- Утвърждаване на модела на здравния медиатор като работещ модел на ниво община за преодоляване на културните бариери в общуването между ромските общности и медицинския персонал, преодоляване на дискриминационните нагласи в здравното обслужване на ромите и семействата в риск, в т.ч. провеждането на профилактични програми и здравно образование;
- Осигуряване на интегрирани грижи от държавата, вкл. и психологическа подкрепа на бежанци, жертви на трафик на хора, домашно и друго насилие, както и на семействата на алкохолици, наркомани, и др.;
- Повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи от населението съгласно националния имунизационен календар чрез внедряване на политики за пренасяне на дейностите директно до потребителя.

ПРИОРИТЕТ 4

УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Постигането на по-добри резултати в здравеопазването изисква значително укрепване на функциите и капацитета на общественото здраве.

Обществените здравни услуги трябва да бъдат стойностно и доказателствено основани и да формират разработването на политики, разпределението на ресурси и стратегическото развитие за промоция на здравето. Тези услуги представляват инвестиция, която е едновременно на истинска стойност и фактор, допринасящ за икономическата производителност и създаването на благополучие.

Обединяващ принцип на общественото здравеопазване е неговото основно "обществено" естество и фактът, че то се съсредоточава главно върху здравето на цялото население. Общественото здравеопазване надхвърля границите на здравния сектор, обхваща широк кръг от заинтересовани страни в обществото за справяне с причинните фактори – както непосредствените причини за заболяване, така и социалните детерминанти.

Ключов елемент в по-нататъшното развитие на общественото здравеопазване е да интегрира своите принципи и услуги по-систематично във всички части на общество, като съобщава за повишена работа с цялото общество и на цялото управление, междусекторни действия, здраве във всички политики и заздрави здравни системи.

Преместването на общественото здравеопазване в центъра на подобряването на здравето изисква инвестиране в публично-здравни услуги и разглеждане като инвестиция в дългосрочна перспектива за здравето и благосъстоянието на населението като цяло.

ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

В България има неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на хората и предотвратяване на голяма част от заболяемостта от хронични незаразни болести и преждевременната смъртност. Този потенциал е предимно в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите.

Ефективната профилактика е интердисциплинарната профилактика. Тя изисква успоредни действия в няколко направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните незаразни болести.

В промоцията на здравето и профилактиката на болестите следва активно да бъдат въвлечени всички обществени сектори, а не само структурите на здравната система. Това междусекторно взаимодействие налага общата позиция какво и как да се прави за насърчаване на здравословния начин на живот в съответствие с наличните възможности и ресурси. Здравната система, от своя страна, интегрира дейности, доказали своя ефект, например: консултиране в областта на здравословния начин на живот и медицински дейности с профилактични цели.

Наложително е активно участие на населението. Преодоляването на наличния значителен дефицит на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот сред уязвимите групи и лица в неравностойно положение ще повлияе върху причините за формиране на негативните тенденции на здравето.

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на хроничните незаразни болести бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност) води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото. Съществуващият досега немалък брой национални програми с профилактична насоченост поражда дублиране на дейности по различните програми в сходни тематични области, което е неоправдано разпиляване на финансови ресурси. В условията на ограничени възможности и финансови ресурси за профилактика е необходимо да се използва интегриран подход за намаляване на заболяемостта от хронични незаразни болести и последствията от тях. Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести има за стратегическа цел подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията за здравето.

Основни дейности за реализация на целите:

- Използване на интегриран интердисциплинарен подход за промоция на здравето;
- Прилагане на модули за интервенция за намаляване факторите на риска и използване на различни възможности за създаване на система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип;
- Пренасочване на системата за здравеопазване към дейности с доказани успешни резултати в областта на профилактиката и промоцията на здраве;
- Подобряване качеството на здравно възпитание и образование;
- Профилактика на ваксинапредотвратими заболявания;
- Поддържане на висок имунизационен обхват и организиране на бърз отговор при възникване на епидемични ситуации с възможност за приоритетни действия сред уязвимите групи от обществото;
- Създаване и поддържане на механизми за своевременна и адекватна реакция при здравни заплахи от биологично естество, в т.ч. биотероризъм;
- Развитие на системата за радиационна защита и намаляване на риска при използването на йонизиращи лъчения в медицината, промишлеността, науката и др.;
- Извършване на ефективен държавен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките със значение за здравето на човека, дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда;
- Координиране и синхронизиране на секторните политики за ограничаване и предотвратяване на риска от неблагоприятното въздействие на факторите на околната среда върху здравето.

УПРАВЛЕНИЕ С ГРАЖДАНСКО УЧАСТИЕ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО, РАВНОПОСТАВЕНОСТТА И БЛАГОСЪСТОЯНИЕТО

Изпълнението на поставените стратегически цели изисква комбинация от управленски подходи, които насърчават здравето, равнопоставеността и благосъстоянието и прилагане на пакет от мерки в синергия, много от които обхващат сектори извън здравеопазването и са извън обсега на управленските институции.

Ефективното управление в името на здравето, равнопоставеността и благосъстоянието предполага съвместните действия на здравната система и на останалите сектори, на публичните и частните субекти, както и на гражданите в полза на общия интерес.

Във все по-голяма степен ще се обръща внимание на стратегическите ползи от включването на здравето във всички политики. По този начин здравето ще се издигне на предни позиции в политическия дневен ред и ще се подобри диалогът между различните политически документи по отношение на здравето и неговите детерминанти.

За реализация на политиката МЗ се ангажира с подобряване взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации при разработването и изпълнението на стратегии и програми от национално и международно значение, имащи пряко или косвено отношение към здравето. Управленските институции на всички нива следва да обмислят създаването на капацитет в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите на здравето.

Министерство на здравеопазването и неговите структури също така поемат ангажимент да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти. Това е особено важно за гражданите, неправителствените организации и други групи, които съставляват гражданското общество. Все по-често се наблюдават активно действащи заинтересовани групи, които обединяват усилия, за да се погрижат здравето да намери своето място в дневния ред на всички нива на управление.

Ефективното лидерство в рамките на обществото като цяло също може да допринесе за постигането на по-добри резултати за здравето. Проучванията показват, че е налице силна взаимовръзка между отговорното управление, новите форми на лидерство и гражданското участие. В 21 век редица лица, сектори и организации са в състояние да осигурят лидерство в полза на здравето. То може да се случи под различни форми и изисква нови подходи и умения, особено за управление на конфликтите на интереси и откриване на нови способности за преодоляване на сложните проблеми на здравето.

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

Едно от основните предизвикателства по отношение на участието на гражданското общество в процесите на вземане на решения в областта на общественото

здраве е необходимостта да се създаде култура и механизми за сътрудничество между правещите политиката в областта на общественото здраве и тези, за които тя се прави.

Във връзка с това Министерство на здравеопазването се ангажира със създаването и развитието на инициатива „ПАРТНЬОРСТВО ЗА ЗДРАВЕ“ като постоянен, динамичен, развиващ се форум за взаимодействие между всички обществени групи, заинтересовани от процесите в системата на здравеопазването, който ще гарантира публичност и прозрачност при вземането на решения. Във форума ще могат да се включат представителите на държавните институции, регионални съвети по здравеопазване, съсловните организации, научните медицински дружества, асоциациите на лечебните заведения за болнична и извънболничната помощ, представителите на бизнеса, неправителствените организации и всички други заинтересовани страни.

Резултатите от провеждания „ПАРТНЬОРСТВО ЗА ЗДРАВЕ“ ще се използват в процеса на мониторинг и оценка на изпълнението на стратегическите документи в системата на здравеопазване.

Крайната цел на политиката е трансформация на модела на управление на здравеопазването от централизиран модел до модел на сътрудничество, който провежда колективно управление чрез широк кръг държавни и обществени участници, включително министерства, парламент, агенции, органи, комисии, фирми, граждани, обществени групи, неправителствени организации и медии.

Основни дейности за реализация на целите:

- Активно лидерство на Министерство на здравеопазването за създаване на междусекторни връзки и засилване на колаборацията между всички партньори внедряване на планираните мерки за здраве във всички политики,
- Активно сътрудничество и участие на гражданите в процеса на формиране, мониторинг и оценка на здравните политики;
- Осигуряване на широк обществен консенсус в подкрепа на здравето чрез инициатива „ПАРТНЬОРСТВО ЗА ЗДРАВЕ“;
- Подобряване на обществения контрол в изразходване на публичните средства за здраве.

РИСКОВЕ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Реализацията на Концепцията е възможна в условията на предвидима външна и вътрешна среда в рамките на планирания 5 годишен период.

Основните рискове и ограничения, които могат да доведат до неизпълнението на заложените национални цели са свързани с:

- Влошаване на социално икономическите условия в страната, което ще окаже пряко влияние върху системата на здравеопазване;
- Динамични промени в управлението и организацията на националната здравна система;
- Липса на политическа подкрепа за промени на нормативната уредба, регламентираща дейностите в системата на здравеопазване (закони и подзаконова нормативна рамка);
- Влошаване на нивото на междуинституционално и междусекторно сътрудничество, в т.ч на европейско и международно ниво;
- Засилване на негативните обществени нагласи по отношение на системата на здравеопазване и липса на обществена подкрепа за реализацията на здравните политики;
- Липса на достатъчно финансови средства за изпълнение на предвидените дейности, в т.ч. на средствата по оперативни програми с европейско финансиране;
- Намаляване на капацитета за изпълнение на дейностите в системата на здравеопазване, в т.ч. чрез отлив на кадри от системата и влошаване на качеството на професионалното образование и квалификация;
- Наличие на значителни форсмажорни обстоятелства – политически кризи, природни и предизвикани от човека бедствия, в т.ч. епидемии от заразни заболявания.

Идентифицираните рискове и предизвикателства следва да бъдат своевременно анализирани и оценени, за да могат да бъдат управлявани чрез предприемане на подходящи действия.

Неизпълнението на заложените в концепцията цели и приоритети от своя страна са свързани със значителни рискове и ограничения за здравето и благополучието на българските граждани и за социално-икономическото състояние на страната.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПРИЛОЖИМИ СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ НА МЕЖДУНАРОДНО НИВО И НИВО ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ

1. ЕВРОПА 2020 - Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:BG:PDF>
2. Together for Health - EU Strategy
http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf
3. Investing in Health – Commission staff working document
http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
4. Трета програма за действие на Съюза в областта на здравето (2014—2020 г.)
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>
5. EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332>
6. Health at a Glance: Europe 2014 (joint report of the EC and OECD - key indicators of health and health systems in 35 European countries)
http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm
7. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf?ua=1
8. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/166136/UrbanDimensions.pdf
9. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131303/1/Health2020Long.pdf>
10. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131300/1/Health2020Short.pdf>
11. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132050/1/Economic%20crisis%2c%20health%20systems%20and%20health%20in%20Europe%20impact%20and%20implications%20for%20policy.pdf>
12. Европейска стратегия за хората с увреждания 2010-2020
http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0047_bg.htm

Приложение 2

ПРИЛОЖИМИ СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ НА НАЦИОНАЛНО НИВО

1. Национална програма за развитие: България 2020
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=765>
2. Споразумение за партньорство с ЕС за програмния период 2014 – 2020 г.
<http://www.eufunds.bg/bg/page/993>
3. Стратегия за развитие на държавната администрация
<http://www.strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=780>
4. Национална стратегия за учене през целия живот 2014-2020 г.
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=880>
5. Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012 - 2020) <http://www.nccedi.government.bg/page.php?category=35&id=1741>
6. Рамкова програма за интегриране на ромите в българското общество (2010-2020 г.)
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=609>
7. Национален план за действие по инициативата „Десетилетие на ромското включване 2005 – 2015 г.” и Национална програма за подобряване на жилищните условия на ромите в България 2005 - 2015 г.
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=433>
8. Национална стратегия за развитие на научните изследвания 2020
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=708>
9. Актуализирана Стратегия за децентрализация 2006 – 2015
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=616>
10. Национална стратегия за детето 2008 - 2018 г.
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=464>
11. Национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=601>
12. Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014 – 2020 г.
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=939>
13. Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=907>

14. Национална стратегия за дългосрочна грижа
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=882>
15. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861>
16. Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)
<http://www.strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?@lang=bg-BG&Id=495>
17. Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора (2012-2030 г.)
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=764>
18. Дългосрочна стратегия за заетост на хората с увреждания 2011 – 2020 г.
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=705>
19. Национална стратегия в областта на миграцията, убежището и интеграцията (2011-2020 г.)
http://www.airm-bg.org/Nacionalna_strategiq_po_migraciqta.pdf
20. Концепция за реструктуриране на системата за болнична помощ
<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=472&home=true¤tPage=2&categoryid=5581>
<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=472&home=true¤tPage=1&categoryid=7323>
21. Национална програма за реформи на Република България
http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_bulgaria_bg.pdf
22. Стратегия за осигуряване на равни възможности за хора с увреждания 2008-2015
<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=445>

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БВП	- Брутен вътрешен продукт
ДМСГД	- Дом за медико-социални грижи за деца
ЕПИБУЛ	- Епидемиологично проучване на психичната болестност
ЕС	- Европейски съюз
КФР	- Консолидирана фискална програма
МВР	- Министерство на вътрешните работи
МВФ	- Международен валутен фонд
МЗ	- Министерство на здравеопазването
НЕЛК	- Национална експертна лекарска комисия
НЗОК	- Национална здравноосигурителна каса
НСИ	- Национален статистически институт
НЦОЗА	- Национален център по обществено здраве и анализи
ООН	- Организация на обединените нации
СЗО	- Световна здравна организация
СБ	- Световна банка
ТЕЛК	- Трудово експертна лекарска комисия
DALYs	- Години живот в боледуване или инвалидност
WHO/EUROPE	- Световна здравна организация/Европа