

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

2008 – 2013 ГОДИНА

СЪДЪРЖАНИЕ:

ВЪВЕДЕНИЕ.....	4
I.ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ	5
1. Демографски процеси	6
2. Заболеваемост и трайна неработоспособност	9
3. Психическо и физическо развитие.....	9
4. Социални детерминанти на здравето.....	10
5. Начин на живот и здраве.....	10
6. Влияние на факторите на околната среда върху здравето.....	11
II. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА.....	12
1. Управление на системата.....	13
2. Финансиране на здравната система.....	14
3. Човешки ресурси	16
4. Опазване на общественото здраве	17
5. Извънболнична помощ.....	18
6. Спешна медицинска помощ (СМП)	19
7. Дентална медицинска помощ.....	20
8. Болнична помощ.....	20
9. Лекарствоснабдяване.....	21
10. Психиатрична помощ	22
11. Здравна система - насочена към гражданите.....	23
12. Равнопоставеност в здравеопазването.....	24
13. Доброволно здравно осигуряване	25
III. СТРАТЕГИЧЕСКИ ЦЕЛИ.....	28
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ I.....	28
ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ.....	28
1. Внедряване на подхода “Здраве във всички политики”	28
2. Повишаване информираността на гражданите за здравословния начин на живот и за заплахите за тяхното здраве.....	29
3. Оптимизиране дейностите по опазване на общественото здраве.....	30
3.1. Ограничаване влиянието на рисковите фактори, свързани с околната среда и поведението на населението.....	30
3.2. Подкрепа за добро психично здраве.....	31
3.3. Предотвратяване на възможните рискове за здравето на нацията.....	32
3.4. За по-добър и ефективен държавен здравен контрол.....	33
4. Разработване и изпълнение на програми по социално-значими заболявания и здравни проблеми, представляващи национални приоритети.....	33
5. Подобряване дейността на здравните кабинети в детските градини и училищата.....	34
6. Подобряване на условията в домовете за медико-социални грижи за деца	34
7. Развиване на балнеологията и здравния туризъм.....	35
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ II.....	35
ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ.....	35
1. Повишаване на качеството и ефективността на здравните услуги	35
2. Усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения	36
3. Подобряване достъпа до гарантирани здравни услуги	36
4. Развитие на изследователския капацитет и медицинската наука и осигуряване прилагането на научните разработки в практиката на медицинските специалисти.....	37
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ III.....	37
ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	37
1. Решаване на проблемите с медицинската помощ при спешни и неотложни състояния	37
2. Оптимизиране дейностите на първичната и специализираната медицинска помощ.....	38
3. Усъвършенстване нормативната уредба на заплащане.....	38
4. Подобряване денталното здраве на населението чрез усъвършенстване на механизмите за предоставяне на дентална помощ.....	38
5. Подобряване на репродуктивното здраве.....	39
6. Подобряване грижите за бременните жени. Подобряване на майчиното здраве.....	40
7. Подобряване здравето на децата.....	40
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ IV.....	41
ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ	41
1. Подобряване взаимодействието между извънболничното и болничното обслужване.....	41

2. Подобряване на болничния мениджмънт	42
3. Преструктуриране на болничния сектор.....	42
4. Усъвършенстване на механизмите за финансиране на болничната помощ.....	43
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ V.....	44
ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО	44
1. Осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия	44
2. Въвеждане на система за реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, осигуряваща подобрен достъп до тях	44
3. Въвеждане на съвременни системи за лекарствена информация и контрол при предписването и отпускането на лекарствени продукти и медицински изделия.....	44
4. Повишаване знанията на здравните професионалисти за рационалната лекарствена употреба.....	45
5. Независима лекарствена информация	45
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ VI.....	46
РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....	46
1. Планиране, подбор и квалификация на човешките ресурси.....	46
2. Повишаване на професионалната квалификация и продължаващо обучение	46
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ VII.....	47
СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	47
1. Стандартизация и информационна сигурност	47
2. Изграждане на интегрирана система за обмен на информация между заетите в сферата на здравеопазването (здравни, лечебни, учебни, научни, финансови и административни звена)	47
3. Информираност и обучение чрез предоставяне на уеб-базирани услуги в реално време.....	48
4. Прилагане на добри практики и оперативна съвместимост.....	48
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ VIII.....	49
ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	49
1. Политика на финансиране на здравната система.....	49
2. Усъвършенстване модела на задължителното здравно осигуряване.....	50
3. Развитие на доброволното здравно осигуряване	51
СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ IX.....	52
ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ.....	52
1. Изграждане на административен капацитет.....	52
2. Участие в работата на институциите на ЕС.....	52
3. Ефективно усвояване на структурните фондове на ЕС.....	52
4. България в ЕС – запознаване с новите възможности и ангажменти, свързани с Европейския съюз.....	53
IV. ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ОЦЕНКА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ.....	53
1. Стандарти за мониторинг.....	54
2. Показатели за оценка.....	54
3. Мониторинг и оценка.....	55

ВЪВЕДЕНИЕ

Действащата Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България” за периода 2001-2010 година и Планът за действие 2001-2006 година, утвърдени с Решение № 267 на Министерския съвет от 21 април 2001 година, съдържат редица принципи, проблеми и задачи, които са в процес на изпълнение.

Голяма част от заложените в тях задачи бяха изпълнени. Създадоха се закони, които дават възможност за извършване на промяна във формата на собственост и структурата на здравните и лечебните заведения. Промени се принципът на финансиране на здравната система. Въведоха се нови механизми на финансов контрол на дейностите за предоставяне на здравни услуги. Извършиха се редица процедури по хармонизиране на българското законодателство с правото на Европейската общност в областта на общественото здраве и свободното движение на стоки и хора. Разшириха се възможностите за контакти между различните системи на здравеопазване в Европа. Натрупаха се знания за работещите и неработещите схеми и програми в здравеопазването и здравната система.

В същото време се очертаха нови проблеми и въпроси. Основен проблем на здравеопазването в световен мащаб е конфликтът между ограничените ресурси и постоянно увеличаващите се разходи (в резултат на демографски промени, нарастващи потребности и непрекъснато въвеждане на нови, все по-скъпи методи на лечение). Във всяка държава политиките са изправени пред дилемата, как по възможно най-добрия начин да използват ограничените средства и да повишат качеството на здравните услуги, да подобрят взаимоотношенията между отделните нива на здравната система и между различните участници в процеса на предлагане и ползване на здравните услуги и да осигурят финансова и структурна устойчивост на здравната система.

Променените икономически условия, както и присъединяването на Република България към Европейския съюз, налагат анализ на ситуацията в здравната система. Необходимо е да се актуализират насоките на бъдещето развитие поради:

- Непълнота и несъгласуваност между отделните нормативни документи (законови и подзаконови нормативни актове), липса на действителна оценка за ефективността на извънболничната помощ, както и на потребностите на населението от болнична помощ.
- Ограничен достъп на част от населението до здравни услуги по финансови и организационни причини.
- Ограничен достъп до извънболнична помощ на населението, живеещо в малките населени места, в планинските и отдалечени райони.
- Нарушено съотношение между разходите за лекарства и разходите за медицински дейности.
- Задържане на високи цени на лекарствените продукти и неудовлетвореност на населението от отделни характеристики на лекарствоснабдяването.
- Забавяне на реформата в болничната помощ.

- Преобладаване на индивидуалните практики (близо 90%) пред груповите практики в доболничната помощ, което затруднява качествено обслужване на пациентите.
- Недостатъчна координация между първичната, специализираната извънболнична помощ, спешната и болничната помощ.
- Качество на медицинското обслужване, което не отговаря на очакванията на обществото.
- Предимство на лечебните дейности в сравнение с дейностите по здравна промоция и превенция на болестите.
- Недостатъчно финансиране на дейностите в системата на здравеопазването и по-специално липса на адекватна политика за финансово осигуряване на дейностите за продължаващо лечение, рехабилитация, сестрински грижи и домашно лечение.
- Влошаване демографските, социалните и здравните индикатори със значителна разлика между градското и селското население.

В периода от 2008 до 2013 г. развитието на Европейската общност ще се основава както на принципите на солидарност и равни възможности за здраве и благополучие, така и на иновациите и технологичния напредък, с цел постигане на устойчиво развитие.

На това основание Министерството на здравеопазването предлага нова „Национална здравна стратегия“, която да отговори на изискванията на новите реалности, приоритети и предизвикателства. Резултатът следва да е реструктурирана, реформирана, финансово устойчива и ефективна здравна система, която осигурява качествени здравни грижи по промоция, профилактика, лечение и рехабилитация.

В този смисъл, здравето като базов елемент на човешката самореализация и просперитет се превръща в основно човешко право и следва да бъде приоритет на всяко общество и държава, тъй като човешкият капитал е основен мотор на икономическия прогрес. Тази философия основана на принципите на солидарност, справедливост, равнопоставеност, качество, икономическа ефективност, непрекъснатост, хоризонтален и вертикален мениджмънт, децентрализация и партньорство е залегнала и в Националната здравна стратегия на България, което понастоящем е приоритет в здравната политика на развитите държави в Европа.

Националната здравна стратегия през периода 2008-2013 година разглежда едновременно справедливия достъп до здравни услуги, природната среда, политическото управление и социално-икономическото развитие. Тя е насочена към интегриране на грижата за здраве на българските граждани във всички политики – външна политика на страната, политика за национална сигурност, политика за финансова стабилност, политика за социална солидарност и справедливост, политика за опазване на околната среда, политика в областта на образованието и науката, политика при бедствия и аварии и други.

България се нуждае от здрави личности, поради което всеки трябва да бъде отговорен за своето и на своите близки здраве.

I. ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Анализът на здравно-демографската ситуация на дадена страна е важен, тъй като той предоставя възможност не само за критична оценка, но и насочва вниманието към необходимостта от промотивни, профилактични, лечебни или палиативни грижи и определя насоките за развитие на здравеопазването, чрез внедряване на целесъобразни дейности, включени в здравната стратегия на държавата.

1. Демографски процеси

Анализът на показателите за демографските процеси, здравния статус на населението и основните детерминанти на здравето показва, че в социално-икономическата ни обществена система се развиват процеси, които са продължение от минали десетилетия, формирали негативни тенденции в здравно-демографското състояние на нацията, които оказват влияние и върху развитието и просперитета на страната.

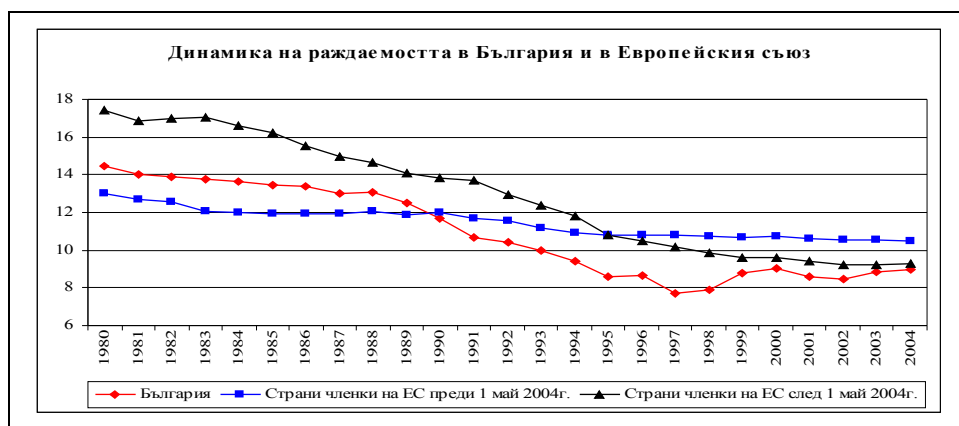
По данни на НСИ населението на Република България към края на 2006 г. е 7 679 290 души, живеещи предимно в градовете (70.6%), с лек превес на жените (51.5%). Наблюдава се увеличение на относителния дял на лицата над 60-годишна възраст (от 21.8% през 2000 г. на 23,3% през 2006 г.) Намалява относителния дял на населението във възрастовата група от 0-17 г. от 19,5% през 2000 г. до 17.2% през 2006 г. Особено силно е изразено застаряването на населението в селата, където 33% от хората са над 60-годишна възраст. В сравнение със страните от Европейския съюз относителният дял на населението над 60 години е значително по-висок.

В резултат на намаляване на раждаемостта, увеличаване на смъртността и развитите се външномиграционни процеси, страната ни навлезе в период на негативно демографско развитие, което доведе до значително намаляване на броя на населението и влошаване на неговите основни демографски и социални структури.

През периода 1995-2003 г. се наблюдава тенденция за намаляване на раждаемостта, което постави остри проблеми в национален и регионален контекст по отношение на сегашното и бъдещото развитие на населението и на икономическото развитие на страната.

Колебанията в раждаемостта са незначителни (около 8.6‰). През 2006 г. тя се повишава и достига 9.6‰ при 9.3‰ за страните на ЕС (фиг. 1).

Фигура 1



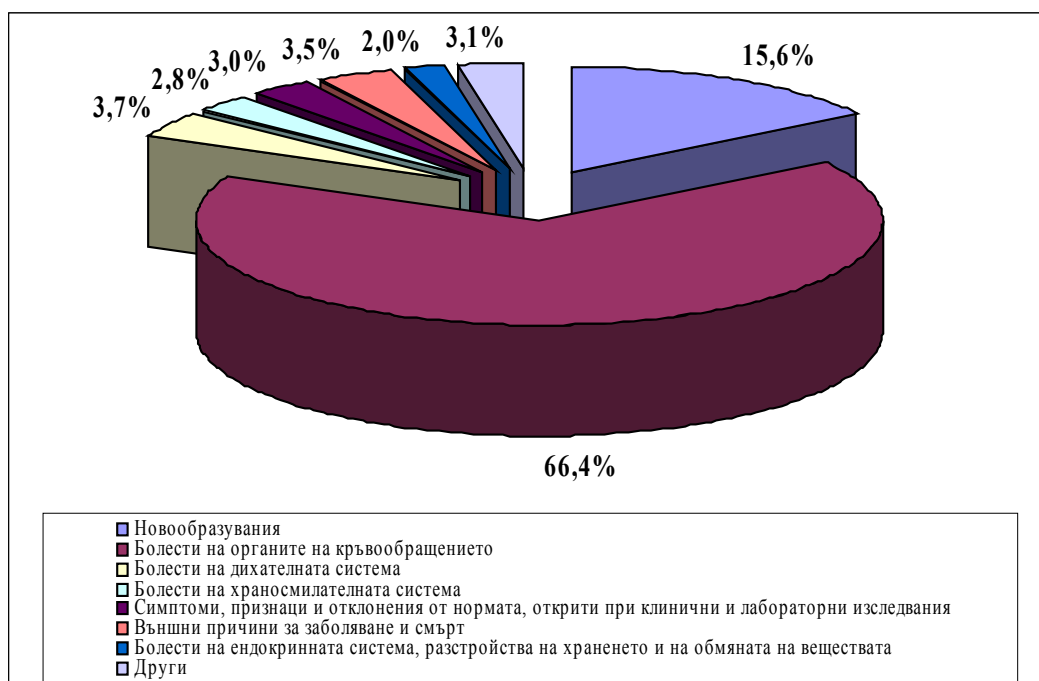
Изт.: База данни „Здраве за всички“ СЗО, 2006

Отрицателният естествен прираст е резултат от ниската раждаемост, от увеличаването на смъртността и на силни емиграционни процеси.

През последните две десетилетия тенденцията за увеличаване на смъртността се задържа и достига 14,7‰ през 2006 г., като разликата между стойностите на показателя в градовете (12,2‰) и селата (20,7‰) е значителна. Разликата в стойностите на показателите смъртност и раждаемост (по-висока в градовете) формират като резултат драстично намаляване на естествения прираст в селата (-12,4‰), в сравнение с този в градовете (-2,1‰) и на страната като цяло (-5,1‰).

Водещите причини за смъртността са болестите на органите на кръвообращението (БОК) – 66,4% (фиг. 2), представени основно от исхемичната болест на сърцето и мозъчния инсулт.

Фигура 2. Структура на умиранията по причини в България през 2006 г.



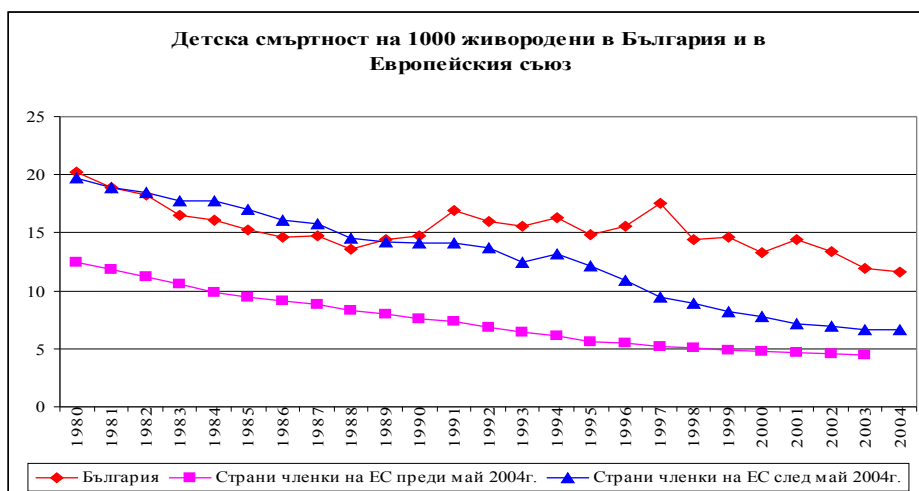
Източник: НЦЗИ

Новообразуванията са на второ място в структурата на смъртността (15,6%). Съществува голяма вероятност динамиката на смъртността от ракови заболявания у нас през следващите две десетилетия да запази съществуващата тенденция.

Детската смъртност и нейните подвидове са един от най-информативните показатели за постигнато развитие на едно общество. През последните години **детската смъртност** намалява и достига 9,7 на 1000 живородени през 2006 г. Въпреки това тя продължава да е значително над нивото в страните-членки на ЕС (фиг. 3). Причини - доминират ендогенните причини и усложненията на бременността и раждането.

В селата детската смъртност продължава да бъде по-висока в сравнение с градовете. Наблюдават се и значими различия по области, особено в тези с по-висока концентрация на етническо население. Налице е очевидна зависимост между стойностите на детската смъртност и моментното състояние на обществата.

Фигура 3

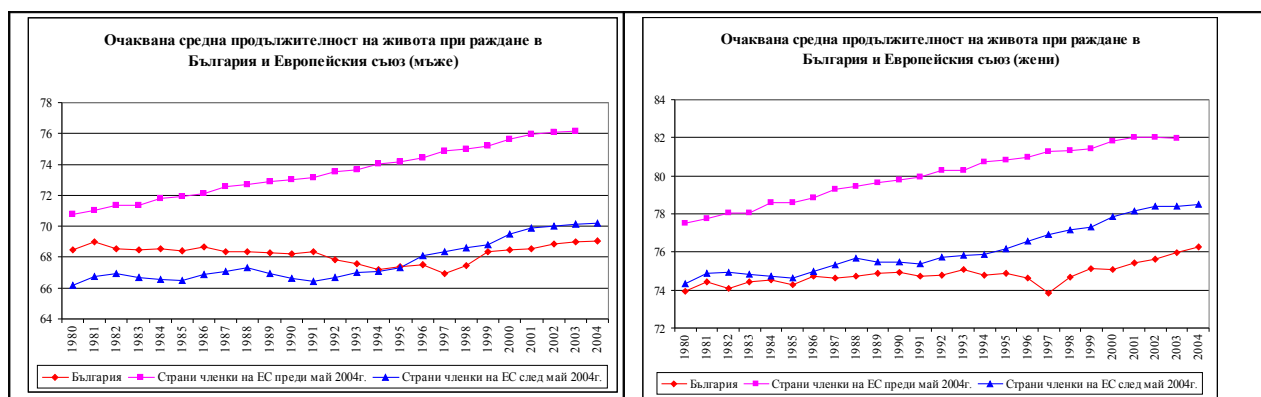


Изт.: База данни „Здраве за всички” СЗО, 2006

Майчината смъртност Женското здраве никога няма да престане да бъде измерител за ефективността на здравната система в една страна. Майчината смъртност в България показва трайна тенденция към понижение, аналогично с майчината смъртност в ЕС - през 2006 г. е била 12,0‰, като това ниво е близо 2 пъти над нивото в ЕС (5,2‰ за 2003 г.). Като се има предвид, че този показател се формира от умиранията, настъпили по време на бременност, раждане и послеродов период, с подобаващо внимание трябва да се анализира изразената тенденция за снижаване на долната граница на възрастта на родилките. В определени групи от населението тя е под 16 години, а усложненията, както на бременността, така и на раждането и послеродовия период в тази възраст са и по-чести и по-тежки, както за майката, така и за плода.

Средната продължителност на живота за 2004-2006 г. е 72,60 години. При мъжете тя е 69,10 г. и е значително по-ниска от тази при жените – 76,34 г. Тези стойности са с около 6-7 години по-ниски от средните за ЕС (фиг. 4). Показателят е свързан с цялостното обществено развитие на страната, влиянието на социалните детерминанти на здравето, начина на живот на хората, дейността на здравните служби, състоянието на околната среда и други фактори.

Фигура 4



Изт.: База данни „Здраве за всички” СЗО, 2006

2. Заболеваемост и трайна неработоспособност

По официални статистически данни честотата на регистрираните заболявания за периода 1990-2005 г. намалява от 1511,9‰ до 1369,3‰.

Хроничните неинфекциозни заболявания от десетилетия са значим и нерешен социално-медицински проблем. Водещи са заболяванията на дихателната система (38%), следвани от болестите на нервната система, на органите на кръвообращението, травмите и отравянията.

Нарастват заболяемостта и болестността от злокачествени новообразувания, които през 2006 г. достигат съответно 393,3‰ и 3229,0‰.

Честотата на психичните заболявания се увеличава от 2656,7‰ през 1990 г. на 2892,1‰ през 2004 г. Следва снижение и през 2006 г. показателят е 2287,7‰.

Тревожна е тенденцията на увеличаване на заболяванията от туберкулоза. След непрекъснатата тенденция към намаляване на заболяемостта от туберкулоза, от 1990 г. тя започна да се увеличава. От 25,9‰ през 1990 г. заболяемостта нараства до близо 50‰ през 1998 г., след което бележи спад до 39,1‰ през 2006 г. Тенденцията при болестността е съответно от 106‰ през 1990 г. до 127,7‰ през 2005 г. и 121,5‰ през 2006 г.

Денталните заболявания показват тенденция за рязко увеличаване. Още при 5-годишните деца кариесът е 70%, а при възрастните достига 98%. Обеззъбяването обхваща 92% от лицата в активна възраст и 28% от 18-годишните. Практически цялото население е обхванато от дентални заболявания – кариес и усложненията му, пародонтопатии, зъбно-челюстни деформации, дефекти на зъбните редици и други.

България е все още страна с ниско разпространение на ХИВ/СПИН, но тя се намира в региона с най-бързо развитие на епидемията. Всяка година нараства броят на новооткритите случаи. Към 31.12.2006 г. общият брой на регистрираните случаи е 689. Епидемиологичните данни обаче сочат, че има тревожни индикации за опасността от епидемия сред групите, които са особено уязвими по отношение на ХИВ/СПИН и други полово предавани и кръвно преносими инфекции.

Трайната неработоспособност в страната нараства значително в сравнение с 1995 г. В сравнение с 2004 г. (20,2‰) първичната инвалидност намалява през 2006 г. и достига 14,8‰ при лицата над 16 г. и 3,6‰ при децата до 16 г. Основните причини за инвалидността при възрастните за 2006 г. са: болести на органите на кръвообращението (42,6%); болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан (12,8%), новообразувания (11,2%) и болести на ендокринните жлези, на храненето и обмяната (8,7%).

3. Психическо и физическо развитие

Процесите на психическото и физическото развитие в периода детство-юношество са свързани и са в основата на живота на всеки човек. Благоприятното развитие на децата изисква ефективна защита на психическото и физическото здраве. От 1990г. досега се отбелязва увеличаване на психичните заболявания, употреба на наркотици, насилие над деца и младежи и експлоатацията им.

За последните 20 години се наблюдава положителна промяна за увеличаване ръста на децата във възрастта до 7 годишна възраст и след пубертета, особено във възрастта 15-19 г. - основен показател за физическо развитие. Последните национални проучвания (2004 г.) показват, че разпространението на нисък ръст за съответната възраст при децата до 19 г. е в рамките на обичайното (под 5%). По-висока от обичайната е честотата на поднормено тегло при някои групи от децата, особено при момичетата във възрастта 10-14 г. (9,4%). Тревожна е тенденцията за увеличаване разпространението на свръхтегло и затлъстяване при децата, по-подчертано при момчетата (през 2004 г. момчета на 7-18 години са със свръхтегло – 17,5%, затлъстяване – 4,7%). Това е свързано с ниската физическа активност и нездравословното хранене. Наблюдават се и неблагоприятни промени в някои показатели за физическо развитие, като гръдна обиколка в пауза, при издишване и др.

Пълноценното развитие на децата и юношите, психическото и физическото им здраве е необходим приоритет за държавните и неправителствени организации.

4. Социални детерминанти на здравето

Социално-икономическата реалност е определяща за нивото на здравеопазване във всяка държава и за възможностите на всеки гражданин да взима информирани решения за своето здраве.

Анализите на заболяемостта, смъртността и другите здравно-демографски показатели показват обвързаност с основните детерминанти на здравето, биологичните и други фактори на риска за здравето.

Бедността е един от социалните детерминанти на здравето, като според Световната здравна организация тя е най-голям фактор за риска. Влиянието ѝ върху индивидуалното и обществено здраве е многопосочно.

Връзката между здраве, социална и икономическа среда в една държава е пряка. Следователно за постигането на положителни резултати са необходими действия за подобряване на средата, в която човек живее, работи и осъществява социалните си контакти.

5. Начин на живот и здраве

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

Наблюдават се отрицателни характеристики и тенденции в храненето на населението, които оказват неблагоприятен ефект върху здравето. Данните от проведените от НЦООЗ през последните 10 години четири национални проучвания на храненето и хранителния статус на населението в България са тревожни. Те показват висока консумация на мазнини от животински и растителен произход (33-38% от общата енергийна стойност на храната, при

препоръчителна горна граница 30%); 3 пъти по-нисък от препоръчителния прием на риба; ниска консумация на пресни плодове и зеленчуци през зимата и пролетта; недостатъчна консумацията на мляко и млечни продукти, на пълнозърнести храни; висок прием на сол (над 2 пъти по-висок от препоръчителните стойности).

Тревожна е и тенденцията за увеличаване на консумацията на захар, захарни и сладкарски изделия, както и на безалкохолни напитки, съдържащи захар. Висока е и консумацията на алкохол при някои групи от населението. Нисък е приемът на редица витамини (фолат, витамин В1 и В2, витамин С) и минерални вещества (желязо, цинк, калций, магнезий).

Високо е разпространението на поднорменото тегло в някои популационни групи, особено сред млади жени на 19-30 г. (16.8%) и момичета на 10-14 години (9.4%) (*Национално проучване, 2004 г.*). Едновременно с това, разпространението на свръхтеглото и затлъстяването е високо, както сред възрастното население, така и сред децата, което е свързано с нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност. Наднорменото тегло е сериозен проблем и при децата, но се наблюдава положителна тенденция за намаляване, специално при момичетата.

Консумацията на тютюневи изделия сред населението се увеличава. През последното десетилетие делът на редовните пушачи нараства, особено сред жените и младите хора. В страната има около 3млн. пушачи, а на пасивно пушене са изложени 2/3 от децата. С проблемна употреба на алкохол по експертни оценки са 280-300 хиляди българи. Консумацията на алкохол сред подрастващите се разширява, а възрастта на начална употреба пада на около 12,5 г.

Употребата на наркотици сред гражданите на възраст 15-64 г. е все още сравнително ниска в сравнение с редица европейски страни. Въпреки това броят на лицата, които поне веднъж в живота си са опитвали някакъв наркотик, нараства и то най-вече сред младите.

6. Влияние на факторите на околната среда върху здравето

В някои градове в страната, подложени на интензивно замърсяване на атмосферния въздух от промишлеността и транспорта, заболяемостта е над средната за страната. Водещи са болестите на дихателната система, зачестяват новообразуванията, настъпват неблагоприятни промени в репродуктивното здраве.

Съществуват проблеми в качеството на питейните води. Установяват се микробиологични отклонения в селища без пречиствателни съоръжения, наднормено нитратно съдържание в райони с активна селскостопанска дейност. Проблемите са следствие и от режимното водоснабдяване в много населени места, особено през лятото и есента, както и от остарели и амортизирани водопроводни мрежи.

Независимо от приетите мерки налице са редица проблеми с безопасността на храните. Това са: установяване на замърсители над утвърдените норми; несъответствие с международните стандарти на част от обектите за производство и търговия с храни; затруднения при прилагане на принципа за пълната отговорност на производителите за безопасността на техните продукти и др.

Условията на труд у нас се различават от тези в страните от Европейския съюз по следните характеристики: по-висока заетост в традиционно рискови сектори и по-висок дял на експонираните на различни производствени рискове; повече стресови ситуации и оплаквания, свързани със здравето; по-малко информираност и участие на работещите в дейности за здраве и безопасност при работа и др.

II. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

1. Управление на системата

Съществените промени в нормативната уредба, извършени след 1997 г., имаха за цел създаване на съвременно здравно законодателство. Приети бяха Закон за здравето, Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения, Закони за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите, Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки, Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, Национална здравна карта и др.

Многобройните законодателни промени и нарушената логика в последователността на приемането на законите доведоха в определени случаи до несъответствия между различните нормативни актове и до затрудняване на взаимоотношенията между различните участници в системата.

Съществуващата в момента Национална здравна карта не отчита съществени характеристики и особености – здравно-демографски, инфраструктурни, комуникационни, времеви и транспортни възможности, кадрови ресурси и др.

През изминалите години в здравната система се въведе и утвърди моделът на задължителното здравно осигуряване. Създадена бе Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), като финансирането на здравеопазването се споделя между нея и Министерството на здравеопазването.

В управлението на здравната система бяха заложени и елементи на принципа на трипартизма, който се реализира чрез сключвания всяка година колективен трудов договор между Министерството на здравеопазването, работодателите и национално представените синдикати, чрез който се регламентират минималните нива на заплащане на работещите в здравеопазването.

Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е една от основните цели в управлението на системата. За гарантиране на качеството бяха въведени редица инструменти, като медицински стандарти, клинични пътеки, диагностично-терапевтични протоколи и фишове за здравни грижи, акредитация и други. Утвърдени бяха 25 медицински стандарта, постепенно се увеличи броят на клиничните пътеки. За оценка на качеството се наложи системата на акредитация, въведена със Закона за лечебните заведения. Към настоящия момент акредитацията се извършва по усъвършенствана методика, регламентирана с Наредба за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. Въпреки многобройните нормативни актове в тази област налице е слабост в осигуряването на качествено лечение на национално ниво и обвързването му с финансирането.

Въпреки нарастващият обем на извършваните проверки, провежданият вътрешен (от самите лечебни заведения) и външен (от финансиращи и други организации) контрол, качеството на оказваните здравни услуги е с ниска ефективност. Причини за това са ограничените правомощия на Министерството на здравеопазването и неговите органи при отстраняване на констатирани нарушения (финансови, нормативни и на правата на болните). Механизмите за контрол върху изпълнителите на медицински дейности от страна на Националната здравноосигурителна каса са в обхвата на Националния рамков договор и се договарят със самите тях. Това също е причина за ниската ефективност.

В хода на реформата по обективни и субективни причини се появиха неблагоприятни последици за информационното осигуряване на системата. Качеството на управленската информация се влоши рязко поради липса на пълни данни главно за извънболничната помощ (заболеваемост по обръщаемостта, посещенията при специалист и др.). Участниците в системата на здравеопазването (изпълнители на медицинска помощ, МЗ, НЗОК) разполагат с частично изградена комуникационна инфраструктура. Досега липсваше интегрирана информационна система на национално ниво. Нейното изграждане стартира през м. септември 2006 г., когато бе подписан договорът за реализацията ѝ. Системата ще бъде завършена в средата на 2008 г. и ще започне да функционира от м. октомври 2008 г.

Основните предизвикателства пред управлението на здравната система са:

- *преструктуриране и оптимизиране за гарантиране на достъпа и качеството в системата;*
- *гарантиран контрол на качеството за всички участници в системата;*
- *оптимизиране на информационния обмен на данни;*
- *икономизиране и оптимизиране на разходите;*
- *дофинансиране и решаване на проблемите с нерегламентираните плащания и корупцията.*
- *оптимизиране дейността и механизмите за взаимодействие в системата на здравеопазването.*

2. Финансиране на здравната система

Финансирането на здравната система в България се извършва чрез средства, постъпващи по линия на:

- задължително участие на гражданите чрез лични и споделени осигурителни вноски в единна солидарна здравноосигурителна система;
- финансови постъпления от Републиканския и общинските бюджети;
- доброволно участие на гражданите в покупката на допълнителни осигурителни здравни пакети, предлагани от доброволни здравноосигурителни фондове;
- заплащане от населението за определени здравни услуги.

Разходите от държавния бюджет за “Здравеопазване” като дял от brutния вътрешен продукт (БВП) са както следва - за 2000 са 3,7%; 2001 – 4,0%; 2002 – 4,4%; 2003 – 4,9%; за 2004 – 4,6%, за 2005 – 4,3 %, за 2006 – 4,4 % и за 2007 – 4,3%. В абсолютен размер средствата нарастват от близо 978 млн. (за 2000 г.) на над 2 216 млн. лева (за 2007 г.). В страните-членки на ЕС отделяният за здравеопазване процент от БВП е 8,2, а публичните разходи за здравеопазване възлизат на 6,1%.

В сравнение със средните параметри на осигурителна вноска в Европейския съюз, които са в диапазона от 8 до 12 %, осигурителният процент в Република България е 6%. Определяща е комбинацията от нисък процент на здравната вноска, липса на гаранции за пълна събираемост и голям процент неучастващи в осигурителния процес (около един млн. български граждани).

Публичните ресурси за сектор здравеопазване през 2007 г. са в размер на 2 216 млн. лв. Това определя разходите на глава от населението в размер на

300 щатски долара \$. Допълнително чрез потребителските разходи на домакинствата през 2006 г. (по текущи цени) населението е платило 1 440 млн. лв. (за лекарства и зъболекарски услуги). Освен това, допълнително в сектора постъпват парични средства между 20% и 40% от публичния паричен ресурс. Тези парични средства не могат да бъдат дефинирани, защото за тях отсъства официална статистическа отчетност. За 2007 г. паричният ресурс, управляван от доброволните фондове, е около 23 млн. лв.

Средствата, заделени за държавно гарантирани дейности чрез републиканския бюджет, включват: медицинска помощ при спешни състояния; акушерска помощ при раждания, независимо от начина; стационарна психиатрична помощ; осигуряване на кръв и кръвни продукти; трансплантация на органи, тъкани и клетки; задължително лечение и/или задължителна изолация; експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност; заплащане на лечение и лекарства за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването; осигуряване на медицински транспорт.

Всеки български гражданин ползва безплатно ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им. Българските граждани имат право на пълен обем от противоепидемични дейности, достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми. Децата, настанени в лечебни заведения при определени условия, имат право на безплатни медико-социални грижи.

Финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи, като сгради, оборудване, инфраструктура, остават недостатъчни. Остарялата материално-техническа база на държавните и общинските здравни и лечебни заведения изисква огромен финансов ресурс за поддържане и модернизиране.

Средствата за здравеопазването като цяло са ограничени. По-голяма част от ресурсите се разпределят за финансиране на болничната помощ. По-малко са средствата, отделяни за дейности в извънболничната помощ и особено за тези, свързани с промоция на здраве и интегрирана профилактика на болестите.

В първичната извънболнична помощ не е създадена организация за изпълнение на задълженията, вменени по договор на общопрактикуващия лекар за безотказно 24-часово обслужване на пациентите. 95% от регистрираните практики в тази система са индивидуални. Проблем е тяхното неравномерно териториално разположение в рамките на областите и страната, както и резки аномалии в броя на обслужваното от един общопрактикуващ лекар население. Изтъкнатите причини, както и недостига на финансов ресурс, създават затруднения по комплексното обслужване на пациентите от изпълнителите на извънболнична медицинска помощ. Поради това се увеличава броят на пациентите, насочвани към специалистите и към болничната система. С тази практика се увеличават вторичните прегледи и хоспитализациите. Това е причината да се увеличават значително разходите за лечение. Невъзможността за споделяне на финансовата тежест между повече купувачи на здравни услуги, несъвършенствата на договорната система за определяне условията за предоставяне и заплащане на здравната помощ, не стимулират развитието на финансово устойчива здравноосигурителна система. Неефективен е контролът върху изпълнителите на медицински услуги. Липсват стимули за ограничаване на разходите им.

Една от основните цели във всяка здравна система е постигането на баланс между финансовата устойчивост и достъпа и качеството на населението

до здравни грижи. Много фактори оказват натиск за нарастващо разходване на средства. Най-важните от тях са голямата болнична инфраструктура, задължителността за НЗОК да сключва договори с всички лечебни заведения за болнична помощ при отсъствието на Национална здравна карта. Слабостите на механизма за заплащане на болничната медицинска помощ, неефективният контрол над разходваните средства и липсата на качествена информация. Допълнителен натиск върху разходите за здравеопазване в бъдеще ще породят демографските и епидемиологични тенденции в България.

Увеличаването на разходите за лекарства е важен фактор за нарастващ натиск върху общите разходи, което е общо явление за повечето европейски страни.

Основните предизвикателства в сферата на финансирането са:

- *Осигуряване на достатъчен финансов ресурс и гарантиране на финансова стабилност при оптимизиран пакет услуги;*
- *Повишаване ефективността на събиране и разпределение на финансовите средства и ефективен контрол на разходите;*
- *Увеличаване на финансирането за профилактика на заболяванията;*
- *Пренасочване на средства към по-добре работещите изпълнители на медицинска помощ, с което да се стимулира качествено обслужване на пациентите.*
- *Диверсификация на източниците на финансиране на здравната система.*

3. Човешки ресурси

До 1990 г. в здравната система осигуреността с медицински персонал на 100 000 население у нас беше сравнително добра: 329 лекари, 70 лекари по дентална медицина, 621 медицински сестри и 87 акушерки. През 2006 г. осигуреността с лекари в България е по-висока с 27% от средното за Европейския съюз, а с лекари по дентална медицина – с 95% по-висока. Съществуват обаче значителни междурегионални различия в осигуреността с лекари - от 499‰ в София до 234‰ в Разград.

Броят на медицинските сестри е намалял почти наполовина. През 2006 г. осигуреността е 2 пъти по-ниска от средната за ЕС – 31,6‰ при 85‰ в ЕС. Съотношението лекари/медицински сестри през 2006 г. у нас е 1:1, докато в страните от ЕС е 1:2,26.

Броят на общопрактикуващи лекари (ОПЛ) нарасна с около 2% - от 5146 през 2000 г., на 5218 през 2006 г. Относителният им дял в общия брой на всички лекари е 18,7% (съответният относителен дял средно за страните-членки на ЕС е 29%). Осигуреността на населението у нас с ОПЛ през 2006 г. възлиза на 68‰, като е по-ниска в сравнение с ЕС (99‰).

Неравномерно е разпределението на специалисти по региони и специалности. През последните няколко години приемът на студенти по медицина остава постоянен, но поради процесите на емиграция може да настъпи недостиг на лекари в страната. Този проблем е още по-сериозен при медицинските сестри. Придобиването на специалност е бавен процес поради редица финансови и организационни трудности. Тенденцията сочи намаляване на специалистите по нефрология, пневмология и фтизиатрия, анестезиология, акушерство и гинекология, УНГ, психиатрия, рентгенология, клинична

лаборатория, спешна медицина, епидемиология и инфекциозни болести, патологоанатомия. Обезпокоителен остава въпросът за квалификацията на общопрактикуващите лекари. Установеният законов срок, в който те трябва да придобият специалност по обща медицина, изтича до 2008 г.

Основните предизвикателства пред човешките ресурси в здравеопазването са:

- *Подобряване качеството на висшето образование и условията за повишаване на квалификацията и продължаващо обучение на здравните професионалисти;*
- *Преодоляване недостига на ОПЛ с придобита специалност;*
- *Преодоляване недостига от медицински сестри;*
- *Премахване диспропорциите в осигуреността с медицински персонал в различните региони на страната.*

4. Опазване на общественото здраве

Националните програми в областта на опазването на общественото здраве са промотивни и профилактични. Те са ориентирани към ограничаване заболяемостта и смъртността от най-честите социално-значими заразни и незаразни заболявания, като засягат различни възрастови и социално-уязвими групи. Финансовите средства за изпълнението на тези програми се залагат ежегодно.

Необходими са усилия в посока на дейности по оценка на риска и контрола на факторите на околната среда, промоцията на здраве и профилактиката на болестите, повишаване подготовката на кадрите. Създадох се служби по трудова медицина с превантивни функции за опазване на здравето на работното място, които все още не са постигнали оптималния ефект от дейността си.

Основните предизвикателства са :

- *Промоцията на здравето и профилактиката на болестите да бъдат приоритетни цели;*
- *Въвеждане на програмния принцип на финансиране, ориентиран към резултат при кандидатстването и изпълнението на националните програми;*
- *Подобряване подготовката на кадри за прилагане на европейското законодателство и мониторинг на дейностите по програмите;*
- *Подобряване на дейностите в областта на хроничните неинфекциозни заболявания;*
- *Подобряване качеството на живот на хората с хронични заболявания, ментални увреждания и лицата в неравностойно положение, съобразно европейските изисквания;*
- *Усъвършенстване модела за контрол на рисковите фактори на работното място.*

5. Извънболнична помощ

Системата на извънболничната помощ включва първична и специализирана лечебна, медико-диагностична дейност, високоспециализирана медицинска дейност.

Налице са трудности при избор на общопрактикуващ лекар (ОПЛ) в отдалечени и слабо населени места. В лекарските практики с голям брой записани пациенти има нарушаване на качеството на оказваната медицинска помощ. Заедно с това несъвършената система за обмяна на информация и липсата на помощен персонал, създават предпоставки за влошаване качеството на предоставяните медицински услуги. Пациентите срещат затруднение при необходимост от получаване на медицински услуги през нощта и в почивните дни.

Продължава да преобладава индивидуалната практика като форма на организация на работа. По този начин работят над 90% от ОПЛ. Груповите практики все още остават единични случаи, докато в европейските страни съотношението е в полза на груповите практики.

Това поражда трудности за пациентите от организационен и финансов характер. В списъците и отчетената дейност на ОПЛ се увеличават пациентите с хронични заболявания, които не са своевременно диспансеризирани. Профилактиката продължава да стои на втори план. Наблюдава се трайна тенденция на спад на диспансеризираните лица и диспансерните прегледи както при ОПЛ, така и при лекарите-специалисти. Ефективността на извършваните от тях дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите не може да бъде оценена. Причина за това е липсата на инструментариум за отчитане на резултатите в Националния рамков договор.

Населението, живеещо в отдалечени и труднодостъпни райони, както и хората от уязвими групи, продължават да изпитват сериозни трудности при получаването на достатъчни по обем и качество услуги от лекарите-специалисти.

Нараства потреблението на медико-диагностични изследвания. Налице е неритмичност при тяхното назначаване, резултат от допълнителни регулаторни механизми.

Нарушени са връзките между първичната и специализираната извънболнична помощ и болничната помощ. Така се затруднява приемствеността и качеството на оказваните здравни услуги на пациента. Поради отсъствието на интегрирана информационна система липсва достоверна и достатъчна здравно-статистическа информация за заболяемостта по тип болести и брой заболяли лица. Това от своя страна затруднява мониторинга, прогнозирането и управлението на системата.

Като цяло организацията и дейността на системата не допринасят за реализация на поставената цел за достъпна, своевременна и ефективна извънболнична помощ.

Основните предизвикателства са:

- *Разширяване функциите и възможностите на ОПЛ;*
- *Подобряване организацията на работа на ОПЛ, стимулиране създаването на групови практики и придобиването на специалност "обща медицина";*
- *Разширяване достъпа на пациентите до специализирана извънболнична помощ - нормативно осигуряване на свободен*

достъп за някои групи от населението (деца, бременни и др.) до специалист – акушер-гинеколог, педиатър, психиатър;

- Подобряване координацията на дейностите между първична и специализирана извънболнична помощ и болничната помощ;*
- Повишаване информираността на гражданите за правата и задълженията им като потребители на услугите на извънболничната помощ.*

6. Спешна медицинска помощ (СМП)

Системата на спешна медицинска помощ се състои от 28 самостоятелни центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) в областните градове, 192 филиала с общо 7 113 души персонал.

В областните градове функционират и 27 спешни отделения, включени в структурата на съответните многопрофилни болници за активно лечение. Анализът на състоянието, организацията и дейността на системата за СМП показва редица съществени проблеми, които трябва да бъдат решени.

Не е изпълнена целта за ясно дефиниране на функциите и задълженията на системата за спешна медицинска помощ. Поради затруднения в достъпа на пациентите до ОПЛ нараства търсенето на медицинска помощ в ЦСМП и Спешните отделения на болниците. Това се наблюдава особено в по-малките и отдалечени населени места. Съществуват проблеми във взаимодействието с другите структури на здравната система. Фактор за това е и отсъствието на единни диагностично-терапевтични алгоритми на поведение на екипите на центровете за спешна медицинска помощ и спешните отделения на многопрофилните болници при спешни състояния, както и недостатъчната информираност на населението.

Квалификацията на висшия и среден медицински персонал е недостатъчна, има голямо текучество, особено сред лекарите. Основната тежест, особено във филиалите, се поема от средния медицински персонал. Основните негативи в спешната помощ са забавяне на времето за оказване на помощта, ниско качество и проблеми в точната диагностика.

Основните предизвикателства са:

- Извършване на структурно-организационни промени в системата на спешната медицинска помощ;*
- Освобождаване от неспецифични дейности (неотложна помощ, транспорт на хемодиализно болни, транспорт на проби за алкохол и упойващи вещества и др.);*
- Ресурсно осигуряване;*
- Повишаване квалификацията на персонала;*
- Готовност за бързо реагиране при аварии, бедствия и катастрофи в съответствие с европейските стандарти;*
- Интегриране на системата на спешната медицинска помощ към единен телефон 112.*

7. Дентална медицинска помощ

Извънболничната дентална помощ се характеризира със същата проблематика, която засяга медицинската помощ, плюс практическото отсъствие на ефективна профилактична програма, обхващаща децата и подрастващите. Недостатъчният размер на средствата за дентална помощ води до задълбочаване на негативните тенденции в денталното здраве на всички възрастови групи от населението, обективна невъзможност за влагане на висококачествени дентални материали и съвременни методики в денталното лечение и пълен отказ от дентално обслужване на населението с обеззъбени челюсти и ортодонтски аномалии. Не трябва да се отминава факта, че денталната медицина е изцяло на свободния пазар.

Статистическите данни за 2006 г. показват, че амбулаториите за първична дентална помощ – индивидуални практики, са 7483, а груповите практики – 146; амбулаториите за специализирана дентална помощ – индивидуални практики – 132, а групови - 1. Разкрити са 53 дентални центъра с 4 легла и 47 медико-дентални центъра с 29 легла.

Броят на лекарите по дентална медицина нараства от 1990 до 2006 г. - от 4839 на 7974, което е ръст от 5,4 на 10,2 на 10 000 население. За сравнение в страните от ЕС средният брой лекари по дентална медицина е 6,3. Намалява броят население на един лекар по дентална медицина. През 1980 г. на един лекар по дентална медицина се падат 1834 пациента, докато през 2006 г. те са 963.

Основните предизвикателства са:

- *Засилване на дейностите по промоция на денталното здраве и профилактика на оралните заболявания;*
- *Засилване на профилактичната и лечебна дейност особено при децата до 18-годишна възраст;*
- *Повишаване качеството на денталната помощ и квалификацията на лекарите.*

8. Болнична помощ

През последните години броят на болниците се запазва постоянен, като през **2007 г. те са 285**. Осигуреността с болници на 100 000 души от населението е 3.7 (ЕС – 3.2). Ако прибавим и 46 диспансера с болнични легла, броят на лечебните заведения с болнични легла става 331, което повишава показателя осигуреност с болници на 100 000 души. Леглата намаляват във всички видове болници, като осигуреността с легла е 59%о и е съпоставима със средната за страните от ЕС. Няма съществени промени в структурата на леглата по вид.

Честотата на хоспитализираните лица се доближава до средните за страните от ЕС стойности. Използваемостта на леглата достига до 80% за повечето лечебни заведения, с тенденцията за увеличаване, макар и с различни темпове за отделните болници. Средният престой следва тенденция към снижаване до около 6-7 дни. По този показател България достига нивото в страните-членки на Европейския съюз. Това обаче не отразява разликите в показателите за дейността на отделните болнични заведения и в различните райони на страната.

Болниците извършват традиционните дейности за лечение на нуждаещи се от хоспитализация, но често те изпълняват и други функции, които изчерпват финансовите им ресурси. Някои лечебни заведения изпълняват социални функции, като грижи за терминални пациенти, дългосрочни медицински грижи и продължителна рехабилитация. В някои случаи има свръхизползване на болниците поради липса на алтернативни заведения, които да поемат пациентите, нуждаещи се от по-специфични услуги.

Съществуват диспропорции по отношение на лечебните заведения за болнична помощ по брой, географско разположение и характер на дейността. Има различия в ресурсното обезпечаване на лечебните заведения за болнична помощ в различните области.

Проблемите във финансирането и издръжката на болниците са едни от основните в системата. Постоянно високите разходи се генерират поради комбинация от няколко неблагоприятни момента: голям брой болници, ниска използваемост на легловия фонд, неефективен мениджмънт и финансов контрол. Някои от болниците не са ограничили разходите си в съответствие с получаваните приходи и изразходват повече, като очакват допълнителни средства от държавния бюджет. Редовна практика през последните 3 години е преразходите да бъдат погасявани със средства, предоставени от Министерството на финансите. Това създава възможност за нецелесъобразни действия и не стимулира управленските умения.

Основните предизвикателства са:

- *Оптимизиране на болничната мрежа за активно лечение съобразно потребностите, вътрешно реструктуриране, тясна специализация, едnodневна хирургия, дългосрочни грижи;*
- *Провеждане на адекватна инвестиционна политика, прогресивно достигане на ниво на високотехнологично оборудване, сравнимо с това на страните от ЕС и с равномерно разпределение в страната;*
- *Подобряване управлението на болниците, въвеждане на нови управленски способности на болничните мениджъри – обвързване на договорите за управление с резултатите от дейността;*
- *Разработване на индикатори за ефективност на болничната дейност, стандарти и норми за базов обем работа за различните медицински и хирургически дейности;*
- *Подобряване координацията между болничната и спешната помощ чрез доразвиване на структурата и функциите на спешните приемни отделения;*
- *Повишаване отговорността и контрола от страна на собствениците за дейността на болниците.*

9. Лекарствоснабдяване

Лекарствоснабдяването е регламентирано чрез редица закони и подзаконови нормативни документи, хармонизирани с изискванията на европейското право. Анализът на аптеките и населението, обслужвано от една аптека, показва, че броят на аптеките у нас е много голям. В сравнение със стандартите на държавите-членки на ЕС една аптека у нас обслужва от 1,5 до 5 пъти по-малко население. Съществен недостатък е, че те са разположени

предимно в големите градове (41%). Тази концентрация се дължи на обстоятелството, че издаването на разрешение за откриването им не е обвързано с демографските и географски особености, каквато е практиката в повечето страни на ЕС.

Едновременното и взаимно свързано предлагане на стоки (лекарствени продукти) и услуги (съвети, консултации, информации и др.) в аптеката е задължително във фармацията, но фаворизирането на стоката и изключването на услугата е грешка, която най-често се прави и най-сериозно се отразява на пациента. Недостатъчната информираност на пациентите, както и липсата на утвърдени правила за рационална лекарствена употреба, води до неконтролирано използване на лекарствените продукти.

Министерство на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса осигуряват лечението на особено значими и тежки заболявания (онкологични, наследствени, редки и др.) като осигуряват скъпоструващи лекарства за тази цел.

Продължава хармонизирането на националното законодателство, регулиращо производството, вноса и дистрибуцията на лекарствените продукти в страната.

Производството на лекарствените продукти в Република България е модернизирано в съответствие с изискванията на Европейския съюз.

Введен е контрол върху цените на употребяваните в страната лекарства и са установени практики на лекарствена селекция и реимбурсация, съответстващи на нуждите на населението и съвременните терапевтични изисквания.

Основните предизвикателства са:

- *Подобряване достъпа на населението до качествени и безопасни лекарствени продукти на достъпни цени;*
- *Оптимизиране на дейностите по регистрацията и регулация цените на лекарствата;*
- *Въвеждане на интегрирана информационна система за изписване и отпускане на лекарства;*
- *Подобряване контрола по разпределението и разпространението на лекарствени продукти;*
- *Възстановяване и запазване на етичния модел на упражняване на фармацевтичната професия;*
- *Обучение на медицинските професионалисти по рационална лекарствена употреба;*
- *Преодоляване на проблемите, свързани със самолечението;*
- *Повишаване информираността на пациентите за правилната употреба на лекарствата.*
- *Създаване условия за намаляване на относителния дял на разходите за лекарства от общите разходи за здравеопазване, с цел постепенно достигане на европейските стандарти.*

10. Психиатрична помощ

Дейностите по решаване на проблемите на доброто психично здраве у нас не отговарят на изискванията на европейските страни. Развитието на психиатричната помощ у нас изостава сериозно от потребностите на

населението. Липсва достоверна информация за честотата на психичните заболявания. Стационарната психиатрична помощ не отговаря на изискванията към подобен вид лечебни заведения. Диспансерната система не може да оказва нужната навременна и дългосрочна помощ и лечение. Прехвърлянето на някои лечебни отговорности към общопрактикуващите лекари се оказва неудачно поради неподготвеността им за оказване на помощ и здравни услуги в това направление.

Работи се по изпълнение на национални и международни проекти като Политика за психично здраве на Република България 2004–2012 г. и съпътстващия го Национален план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве на Република България за периода 2006–2012 г.; по проектите по Пакта за стабилност за Югоизточна Европа “Укрепване на социалното сближаване чрез подобряване на психиатричната помощ в общността в страните от Югоизточна Европа” и “Създаване на регионални мрежи и системи за събиране и обмен на социална и здравна информация” .

Основните предизвикателства са:

- *Деинституционализиране на психиатричната помощ;*
- *Укрепване на структурите за оказване помощ в общността – дневни центрове в общините;*
- *Усъвършенстване на нормативната и финансовата база за развитие на психиатричната помощ;*
- *Рационализиране на системата от структури и служби на психично здраве;*
- *Създаване на ефикасна система за управление, планиране и оценка на психичното здраве съобразно потребностите на населението и на международно приетите норми и критерии;*
- *Повишаване на квалификацията на общопрактикуващите лекари и специалистите в извънболничната помощ за работа в областта на психичното здраве.*

11. Здравна система - насочена към гражданите

Здравната система трябва да удовлетворява очакванията на хората, да защита тяхното човешко достойнство, конфиденциалност, автономност, да ги обслужва качествено и навременно, да предоставя удобства, достъп до мрежи за социална подкрепа и избор на изпълнител на медицинска помощ. Това са и критериите за отзивчивост на здравните системи към гражданите, разработени от Световната здравна организация.

Подобриха се възможностите за избор на личен лекар, специалист и болнично заведение, осигуряване достъп на семейството и религиозни практики при хоспитализация. Проблемни остават отдалечеността от мястото на предлагане на медицинска помощ (първична, специализирана, болнична, спешна и неотложна), високите цени на лекарствата и ниските финансови възможности на голяма част от пациентите. Все още хората не получават необходимата промоция на здравето и превенция на заболяванията. Болничната система все още не е достатъчно ефективна.

Слабости на здравната система в България са недостатъчната информираност на населението за правата и задълженията на участващите в системата, недостатъчно активна информационна политика, честа липса на обективна информация по основни проблеми в здравеопазването. Населението

не познава системата на здравеопазването, поради което пациентите не знаят възможностите, които тя им предоставя. Липсва цялостно проучване за степента на удовлетвореност на гражданите от здравната система. Изследваните отделни параметри показват, че тя не отговаря на очакванията им. Недостатъчната информираност на хората за обема и качеството на предлаганите от системата здравни услуги, както и за правата и задълженията им води до неудовлетвореност поради разминаване на техните очаквания с реалните възможности на системата.

Основните предизвикателства са :

- *Подобряване на достъпа на гражданите до здравната система;*
- *Осигуряване прозрачност на здравните услуги на всички нива;*
- *Подобряване на информираността на населението за възможностите, проблемите и отговорностите на всички участници в системата;*
- *Повишаване качеството на предоставяните здравни услуги;*
- *Увеличаване уважението към достойнството на гражданите;*
- *Противодействието на бюрокрацията и корупцията в здравната система.*

12. Равнопоставеност в здравеопазването

Всички осигурени граждани имат равни права в системата на здравеопазване. Поради различни причини някои групи в неравностойно положение – социалнослаби и безработни, хора със специфични проблеми и потребности (лица с увреждания, деца в риск и др.), изпитват трудности при получаването на здравни услуги. Това води до влошаване на здравния им статус.

За решаване на проблемите на хората в неравностойно положение правителството предприе редица мерки, които са насочени към специфичните потребности на тези хора. Приети са няколко стратегически документа, между които Стратегия за борба с бедността и Здравна стратегия за лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства и План за действие за периода 2005-2007 г. и Декада на ромското включване 2005-2015 г.

Затруднения при получаване на здравни услуги срещат лицата с увреждания. В България с медицински установена степен на увреждане са над 850 000 души, като само 13% от тях получават доход от трудова дейност. Достъпът до здравни услуги за хората с увреждания е ограничен от непригодената за техните възможности инфраструктура в лечебните заведения, влошеното качество на експертизата на работоспособността, както и значителното удължаване на сроковете за постановяване на решенията на Териториалната експертна лекарска комисия.

Деца в риск (живеещите в семейства в неравностойно социално положение, децата с увреждания, употребяващите наркотични вещества, децата на улицата и др.) също изпитват затруднен достъп до здравни услуги. На практика няма систематизирана информация за тези деца както на регионално, така и на национално ниво. Липсват специализирани здравни услуги в тези общности, недостатъчно са развити заместващи грижи за облекчаване на

родителите, дневни центрове и др., което увеличава риска от социална изолация на семействата на тези деца.

Достъпът до здравни услуги е затруднен и поради диспропорции в разположението на лечебните заведения у нас, лоша или неизградена пътна инфраструктура, липса на специализирани транспортни средства и други.

Основните предизвикателства са:

- *Подобряване на достъпа до здравни услуги за всички български граждани;*
- *Осигуряване на достъп до здравни грижи на здравноосигурените от труднодостъпни и отдалечени населени места;*
- *Разработване и внедряване на механизми за преодоляване на здравната неосигуреност и причините за нейното съществуване;*
- *Повишаване на вниманието към лицата в неравностойно положение от уязвимите групи на населението.*

13.Доброволно здравно осигуряване

През последните години доброволното здравно осигуряване (ДЗО) не успя да се развие като съвременен пазар на здравни услуги, въпреки че има 18 лицензирани дружества. Причините се коренят в липсата на традиции в областта на здравното осигуряване, ниските доходи на населението, дублирането на здравни услуги в задължителното и доброволно здравно осигуряване, за които осигуреното лице заплаща две осигурителни вноски, наличието на нерегламентирани плащания за здравни услуги в лечебните заведения. Застрахователните компании чрез здравните застраховки и лечебните заведения чрез абонаментните договори допълнително ограничават възможностите за развитие на пазара на здравноосигурителните услуги.

Основните предизвикателства са:

- *Подобряване на данъчните облекчения върху вноските за доброволно здравно осигуряване както за физическите лица, така и за работодателите;*
- *Регулиране параметрите и обхвата на доброволното и задължителното здравно осигуряване;*
- *Преустановяване практиката лечебни заведения да извършват абонаментно обслужване на граждани, управлявайки финансов и осигурителен риск, за който нямат компетенции и лиценз;*
- *Разработване на механизми за регулиране и ефективен контрол.*

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

<i>Силни страни</i>	<i>Слаби страни</i>
♦Наличие на административен, изпълнителски и научен капацитет за функциониране на здравната система и провеждане на реформа. ♦Добре развита здравна мрежа, покриваща цялата страна. ♦Осигуреност с висши медицински кадри над средната за страните-членки на ЕС с добра квалификация. ♦Добре развита система на медицинско образование.	♦Много на брой лечебни заведения при липсата на категоризация и индикативни стандарти. ♦Недостатъчна осигуреност на здравната система с финансови средства. ♦Неефективно използване на предоставените финансови ресурси. ♦Недостатъчна информираност на гражданите за правата и задълженията им. ♦Недостатъчен обем на профилактичната дейност. ♦Затруднен достъп до качествени здравни услуги. ♦Слабо използване на природните ресурси за лечебна и рехабилитационна дейност. ♦Нерегламентирани практики. ♦Незадоволително състояние на системата за следдипломно и продължаващо обучение на кадрите в здравеопазването. ♦ Неефективна координация между отделните структурни звена в системата и недобро управление на болниците. ♦Слабости и несъответствия в законодателната и нормативната база. ♦Недостатъчно и слабоефективно междусекторно сътрудничество. ♦Липсва съвременна интегрирана система за ефективен обмен на информация в системата на здравеопазването.
<i>Възможности</i>	<i>Заплахи</i>
♦Повишаване информираността на ползващите здравни услуги. ♦Членство в ЕС и включване в европейската здравна система. ♦Планиране и осигуряване на медицински специалисти по вид дейности в дългосрочен период, съобразно потребностите на населението от определена здравна помощ. ♦Рационализиране възможностите за специализация и продължаващо обучение на изпълнителите на медицинска помощ. ♦Използване благоприятните географски климатични условия за развитие на балнеологията и лечебния туризъм. ♦Използване фондовете на ЕС за постигане целите на реформата. ♦Развитие на дейностите, свързани с долекуване, рехабилитация и грижи за възрастни хора; ♦Разширяване възможностите на здравната система за реагиране при кризисни ситуации. ♦Въвеждане на електронно здравеопазване и изграждане на интегрирана информационна система.	♦Застаряващо население. ♦Намаляване на специалистите от определени специалности, между които анестезиология и интензивно лечение, патоанатомия, неонатология, психиатрия и клинична лаборатория. ♦Намаляване броя на медицинските сестри – два пъти по-нисък от съответния показател за страните-членки на ЕС. ♦Недостатъчност на средствата за обновяване и поддържане на материално-техническата база и за снабдяване със съвременна медицинска апаратура и техника. ♦Недофинансиране на здравната система. ♦Опасност от евентуално възникване и разпространение на епидемии и пандемии. ♦Опасност от евентуално възникване на екологични кризи и катастрофи в страната и извън нея.

Извършеният анализ на здравното състояние на населението в страната и функционирането на здравната система дава основание за очертаването на следните **ПРИОРИТЕТИ** на сегашния етап от развитие на здравеопазването в Република България:

1. Внедряване на подхода „Здраве във всички политики”.
2. Подобряване здравното състояние на населението чрез провеждане на активни ефективни и ефикасни промотивни, профилактични лечебни и рехабилитационни дейности, с акцент към социално-значимите заболявания.
3. Създаване и развитие на човешките ресурси и повишаване техният социален и икономически статут.
4. Осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазването.
5. Подобряване достъпа, качеството и ефективността на спешната и извънболнична медицинска помощ.

6. Преструктуриране, оптимизиране и ефективно управление на болничната помощ.
7. Създаване на интегрирана система за електронен обмен на данни в здравеопазването.

НА ОСНОВАТА НА ТЕЗИ ПРИОРИТЕТИ СА РАЗРАБОТЕНИ СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ЦЕЛИ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ:

III. СТРАТЕГИЧЕСКИ ЦЕЛИ

За здрава нация, ползваща достъпни и качествени услуги на ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Световната здравна организация определя здравето като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само като липса на заболяване или увреждане. Здравеопазването е сфера на обществения живот, към която всяко българско семейство е особено чувствително. За да се подобри здравето на нацията, трябва да се подобри интегрираната здравна профилактика, дейността на здравната система, да се укрепи доверието на населението към нея и да се увеличи ангажираността на всички участващи в предоставянето и получаването на здравни грижи и услуги.

Следва да се осигурят еднакво достъпни и качествени здравни грижи за всички. За постигането на това се предвижда осъществяване на редица задачи. Ще се търсят както отговор на индивидуалните потребности, така и решения на проблемите на популационно ниво.

Стратегическа цел I

Осигуряване условия за промоция на здравето и профилактика на болестите

1. Внедряване на подхода “Здраве във всички политики”

Здравеопазната система е изправена пред редица предизвикателства при осигуряването на равен достъп и повишено качество на медицинските услуги, както и при управлението в условията на недофинансиране. Разрешаването на възникналите проблеми не може да бъде осъществено само от здравния сектор, тъй като здравето се обуславя предимно от фактори извън здравеопазването.

Подходът “Здраве във всички политики” включва въздействието на всички политики извън здравния сектор върху общественото здраве. Това междусекторно сътрудничество се осъществява чрез вземането на политически решения, извършването на стратегическо планиране и практическа реализация на интервенциите. Крайната цел е да се улесни разработването на политики, основаващи се на научни доказателства, включващи оценка, съпоставяща здравните детерминанти и крайните резултати за здравното състояние на населението.

Задачи:

- Създаване на демократична среда за участие на населението.
- Засилване на прозрачност при вземането на политическите решения, свързани с опазване на здравето.
- Законодателни промени за правата, задълженията и отговорностите на държавните и общински органи, организациите на гражданското общество, бизнеса и труда по отношение здравето на нацията.
- Разработване и прилагане на инструментариум за оценка на въздействието на отделните детерминанти върху здравето.
- Повишаване капацитета на всички участници в извършването на политически анализи за подобряване на диалога между здравеопазването и останалите сектори.
- Създаване на база знания за здравето на населението и неговите детерминанти.

Очаквани резултати:

- Регламентиране на конкретните задължения на държавните и общински органи, организациите на гражданското общество, бизнеса и труда по отношение здравето на нацията.
- Ограничаване на рисковите фактори.
- Подобро здравно състояние на нацията.

2. Повишаване информираността на гражданите за здравословния начин на живот и за заплахите за тяхното здраве

Задачи:

- Разширяване на инициативите за здравословен начин на живот на цялото население.
- Използване на всички съвременни средства за масово осведомяване.
- Въвеждане на здравно образование в детските градини и училища, с цел изграждане на знания, умения и нагласи, необходими през целия живот.
- Обособяване на отделна културно-образователна област “Здравно образование” или включването на предмета “Здравно образование” в друга подходяща културно-образователна област при осъществяването на общообразователната подготовка в българското училище.
- Прилагане на специализиран подход и грижи за лицата в неравностойно положение, на тези от уязвимите групи, с цел осигуряване на равнопоставеност в достъпа до здравни услуги.
- Съвместни дейности на държавните и неправителствени организации за разпространение на здравни знания и информиране на хората за техните права и възможностите за достъп до отделните нива на здравната система, както и за отправяне на жалби и запитвания.
- Въвеждане на изисквания към изпълнителите на медицинска помощ (ИМП) за оповестяване на видни места на извършването от тях дейности и цените на платените услуги. Провеждане на контрол върху предоставянето на информация за пациентите относно цената, обхвата и достъпа до предлаганите медицински дейности и услуги.
- Разработване на анкети и редовно проучване на мненията на обществото и на изпълнителите на медицинска помощ за проблемите в здравното обслужване, степента на удовлетвореност и препоръки за промяна.

- Създаване (с помощта на европейски програми) на сестрински и акушерски здравни структури (домове, служби) – изнесени на терен, с цел промотивни грижи, информация, консултации и здравни грижи по домовете.

Очаквани резултати:

- Повишена информираност на хората за потенциалните опасности за тяхното здраве, начините за опазване на собственото им здраве, подобряване качеството на живот.

- Осведоменост на гражданите за правата и задълженията им като участници в здравната система и възможностите им за достъп до нея.

- Познаване на общественото мнение и неговите потребности и обосновано вземане на управленски решения и мерки за преодоляване на проблемите.

- Ограничаване и преодоляване на нерегламентираните плащания – резултат на неинформираност на обществото и непознаване правата на пациентите и законовата уредба.

- Удовлетворени очаквания на пациентите от здравната система.

3. Оптимизиране дейностите по опазване на общественото здраве

3.1. Ограничаване влиянието на рисковите фактори, свързани с околната среда и поведението на населението

Задачи:

- Осъвременяване на Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето, отразяваща философията и насоките за действие на Европейската стратегия за контрол на тютюна и Рамковата конвенция за контрол върху тютюна на Световната здравна организация.

- Одобряване и прилагане на Национална програма за ограничаване вредите от злоупотребата с алкохол.

- Осъвременяване на Националната стратегия за борба с наркотиците и осъществяване на строг държавен контрол.

- Разширяване на мерките за намаляване разпространението сред употребяващите наркотични вещества на кръвно-преносими инфекции (HIV/СПИН, хепатит В и С), туберкулоза, полово-предавани заболявания.

- Законодателни инициативи и специални програми за лечение, насърчаване на заетостта, социална рехабилитация и реинтеграция на употребяващите наркотични вещества.

- Реализиране на Националния план за действие “Храни и хранене” чрез дейности, насочени към промени в хранителния модел и информиране на населението за ползите от ограничаване употребата на готварска сол, рафинирана захар, мазнини и увеличаване консумацията на плодове и зеленчуци.

- Непрекъснато хармонизиране на националното законодателство в областта на безопасността на храните, в съответствие с европейското право и стандартите на Кодекс алиментариус.

- Провеждане на ефективен контрол и оценка по спазване на законодателството в областта на храните от производители и търговци, с цел намаляване риска за здравето на хората от заболявания, предизвикани от консумацията на опасни храни.

Очаквани резултати:

- Повишена информираност на населението за влиянието факторите на околната среда и поведенческите рискови фактори.

- Намалено равнище на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и употребата на наркотични вещества, особено сред младите хора.

- Здравословен модел на хранене.

3.2. Подкрепа за добро психично здраве

Задачи:

- Продължаване изпълнението на Политиката за психично здраве на Република България 2004–2012 г. и съпътстващия Национален план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве на Република България за периода 2006–2012 г.

- Продължаване изпълнението на проектите по Пакта за стабилност за Югоизточна Европа, като “Укрепване на социалното сближаване чрез подобряване на психиатричната помощ в общността в страните от Югоизточна Европа” и “Създаване на регионални мрежи и системи за събиране и обмен на социална и здравна информация”.

- Усъвършенстване на нормативната и финансовата основа за развитие на психиатричната помощ.

- Осъществяване на преход от институционален тип лечение на психичните болести към предоставяне на здравни грижи и подкрепа в общността.

- Хуманизиране на условията за лечение и живот в специализираните институции.

- Подобряване на условията на труд и заплащане на професионалистите, които работят с тях.

- Усъвършенстване системата от структури и служби на психичното здравеопазване с приоритетно развитие на модерни регионални извънболнични комплекси.

- Създаване на регионални и национални информационни системи за психично здраве.

- Институционализиране и развитие на психотерапевтичната помощ.

Очаквани резултати:

- Защитени права на пациентите и преодоляване на негативните обществени нагласи спрямо психично болните.

- Осигурен безпрепятствен достъп на нуждаещите се до качествена и ефективна специализирана психиатрична помощ.

- Подобрено психично здраве на населението.

3.3. Предотвратяване на възможните рискове за здравето на нацията

Задачи:

- Повишаване ефективността на мерките, насочени към намаляване на рисковете от заболявания и увреждания, причинени от вредните фактори на околната среда.
- Разработване на единни критерии за оценка на равнището на заболяемост и здравно-демографските тенденции по региони.
- Укрепване на Националната система за надзор на заразните болести, включително опазването на страната от внос на инфекции с висок епидемичен риск и контрол на инфекциите в лечебните заведения.
- Усъвършенстване на Националния имунизационен календар и въвеждане на нови високоефективни ваксини и биопродукти.
- Продължаване изпълнението на Националната програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и полово предавани болести (ППБ) в страната, чрез прилагане на интегриран и балансиран подход, който обхваща: превенция сред групите в най-висок риск; лечение; грижи и психо-социална подкрепа на хората, живеещи с ХИВ/СПИН; увеличаване на обхвата на предоставяните услуги.
- Изпълнение на мерките, залегнали в Националния план за посрещане на грипна пандемия, както и другите програми за контрол на заразните заболявания.
- Изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата.
- Провеждане на епидемиологични проучвания за оценка на здравния риск, вследствие замърсяването на жизнената среда.
- Поетапно въвеждане на индикаторите на Регионалния офис на СЗО за Европа за оценка на влиянието на жизнената среда върху здравето на населението.
- Изграждане на система за управление на риска за здравето.
- Въвеждане на изисквания за рекламна дейност в медиите, свързана със здравето и здравните продукти в медиите.

Очаквани резултати:

- Ефективно действаща Национална система за надзор на заразните болести, за ранно оповестяване и отговор на възникнали заплахи, опазване на страната от внос на инфекции с висок епидемичен риск.
- Постигане на висок имунизационен обхват на населението.
- Предпазване на населението от заразни болести.
- Намаляване риска от възникване и разпространение на епидемични взривове, епидемии и пандемии.
- Намален риск за здравето на населението от негативните въздействия на замърсената жизнена среда и подобро качество на живот.
- Осигуряване своевременна и актуална информация за населението относно рисковете за здравето, предизвикани от вредните фактори на жизнената среда.

3.4. За по-добър и ефективен държавен здравен контрол

Задачи:

- Създаване на организация и механизми за оптимизиране на дейностите по здравния контрол, с цел осигуряването на стоки и жизнена среда за населението в Република България, адекватни на тези, които ползват, и при които живеят гражданите на страните от Европейския съюз.

- Осъвременяване на нормативната база по отношение на здравните изисквания към обектите с обществено предназначение.

- Изграждане на система от критерии за определяне на приоритетите при извършването на контрола на пазара, на основата на оценка на риска по отношение на храните, продуктите и стоките със значение за здравето на населението.

- Усъвършенстване на системите за мониторинг на жизнената среда, храните и определени продукти/стоки със значение за здравето на населението. Подобряване капацитета на национално и регионално ниво за извършване на мониторинга.

- Доразвиване и оптимизиране на здравния контрол по отношение на дейностите със значение за здравето, с насоченост към тези от тях, които увреждат и влошават здравния статус на хората.

- Подобряване на формите и начините за предоставяне на информация на обществеността за резултатите от провеждания здравен контрол.

- Усъвършенстване на информационните системи за мониторинг на факторите на жизнената среда, храните и определени продукти/стоки със значение за здравето на населението.

Очаквани резултати:

- Ефективен здравен контрол върху храните и рисковите обекти, стоки, услуги, дейности и фактори на жизнената среда.

- Минимизиране и премахване на рисковете за здравето и подобряване здравния статус на населението.

4. Разработване и изпълнение на програми по социално-значими заболявания и здравни проблеми, представляващи национални приоритети

Задачи:

- Въвеждане на програмен принцип за кандидатстване и финансиране на програми в областта на сърдечно-съдовите, онкологичните, генетичните заболявания и редки заболявания, здравните проблеми на хората в трудоспособна възраст, на здравословното остаряване и други здравни приоритети.

- Създаване на механизъм за финансиране на дейности по модела на грантови схеми „Здраве и развитие”, чрез промени в Закона за здравето.

Очаквани резултати:

- Сnižаване честотата и тежестта на социално-значимите заболявания.

- Сnižаване нивото на временната и трайно загубената работоспособност.

- Повишаване качеството на живот на хората с хронични заболявания.
- Повишаване на професионалната компетентност на заетите в здравеопазването.
- Стимулиране на връзката между научните изследвания и практиката.
- Мотивиране на заетите в здравеопазването.

5. Подобряване дейността на здравните кабинети в детските градини и училищата

Задачи:

- Изготвяне на стандарти за дейността на здравните кабинети в детските градини и училища, домове за деца, домове за възрастни хора с увреждания, домове за стари хора, както и в социалните учебно-професионални центрове, приюти и центрове за временно настаняване.
- Регламентиране на изискванията за взаимодействие между здравните кабинети и лечебните заведения.
- Създаване на условия за национален мониторинг на физическото и здравословното състояние на децата от организирани детски колективи.
- Финансово обезпечаване на създаването и поддържането на здравните кабинети и на дейността в тях.

Очаквани резултати:

- Подобрени условия за промоция на здраве и профилактика на болестите за децата от организирани детски колективи.
- Създаване база данни за физическото и здравословното състояние на децата от организирани детски колективи.

6. Подобряване на условията в домовете за медико-социални грижи за деца

Задачи:

- Обновяване и промяна на инфраструктурата на домовете за медико-социални грижи за деца.
- Продължаване и укрепване на прехода от институционализиране към развитие на алтернативен тип грижи.
- Насърчаване на участието на неправителствените организации в грижите за децата.

Очаквани резултати:

- Подобрени условия на живот на децата в тези домове и добри здравни показатели.
- Подобрена професионална компетентност на медицинските специалисти.
- Нови модели на отглеждане на децата.

7. Развиване на балнеологията и здравния туризъм

Задачи:

- Преструктуриране заведенията за рехабилитация и здравен туризъм.
- Използване на формите на публично-частно партньорство.
- Осъществяване на проекти по национални и международни програми.
- Повишаване използваемостта на легловата база.
- Стимулиране привличането на инвестиции от наши и чужди инвеститори.

Очаквани резултати:

- Подобряване на здравето чрез подобрена рехабилитация на заболяванията.
- Повишена работоспособност и подобро качество на живот.
- Намалена заболеваемост.

Стратегическа цел II

Предоставяне на гарантирани здравни услуги с повишено качество и осигурен достъп до тях
--

1. Повишаване на качеството и ефективността на здравните услуги

Задачи:

- Усъвършенстване на наличните и разработване на нови медицински стандарти.
- Изработване на поднормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи (домове, хосписи и др.).
- Усъвършенстване на правилата за добра медицинска и сестринска практика.
- Въвеждане на инструменти, гарантиращи добрата здравна грижа – сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и др.
- Въвеждане на системи за управление на качеството в лечебните заведения.
- Изграждане на система за безопасност на пациентите, съгласно европейските изисквания.
- Разработване и прилагане на правила за добра медицинска практика, здравен и клиничен мениджмънт, основани на научни доказателства.
- Извършване на медицински одит и мониторинг.
- Разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказваната медицинска дейност.

Очаквани резултати:

- Удовлетвореност на пациентите от оказваните им здравни услуги.
- Достъпност, своєвременност и достатъчност на медицинската помощ.
- Механизми за финансиране на медицинската дейност, съобразно добрите европейски практики.

- Измеримост, съвместимост и съпоставимост на медицинската дейност с тази в европейските страни.

2. Усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения

Задачи:

- На основата на анализ и преоценка на действащата система за акредитация изготвяне и внедряване на нови критерии и показатели за акредитация на лечебните заведения, ориентирани към интересите на пациента.

- Промени в нормативната уредба, свързани с възможността за извършване на акредитацията от независима организация извън администрацията на Министерство на здравеопазването.

- Обвързаност на акредитацията на лечебните заведения с финансирането на тяхната дейност.

- Осъществяване на междинен вътрешен и външен одит на акредитираните лечебни заведения.

- Въвеждане на вътрешен и външен контрол на качеството.

Очаквани резултати:

- Обективни критерии за оценка резултатите от диагностично лечебната дейност.

- Подобрено качество на предлаганите в лечебните заведения услуги.

- Подобрен и измерим контрол по оказване качествена медицинска помощ.

3. Подобряване достъпа до гарантирани здравни услуги

Задачи:

- Оптимизиране на инфраструктурата от лечебни заведения.

- Създаване на достатъчно на брой мобилни медицински единици за обслужване на населението в отдалечени райони.

- Подобряване достъпа до здравни грижи на хората с увреждания.

- Усилено взаимодействие между Министерство на здравеопазването и общините в осъществяване на здравните дейности.

- Стандартизиране и подобряване на заплащането на ОПЛ, работещи в отдалечени и труднодостъпни райони на страната.

- Провеждане на съвместни програми между МЗ, МРРБ, МТ и общините за подобряване комуникацията между селищните системи и улесняване на достъпа на населението в тези райони до здравни услуги.

Очаквани резултати:

- Оптимизирана медицинска инфраструктура.

- Подобро предлагане и достъп на здравни услуги.

4. Развитие на изследователския капацитет и медицинската наука и осигуряване прилагането на научните разработки в практиката на медицинските специалисти

Задачи:

- Развитие на научния изследователски капацитет в медицинските университети и осигуряване връзката между науката и прилагането на научните разработки в практиката на медицинските специалисти.
- Участие на научните институти в разработване на национални профилактични програми с важно национално значение.
- Създаване на организационни предпоставки за реализиране на принципа за единство на медицинската наука и практика.
- Изследване на потребностите на населението, икономическата ефективност, достъпността и задоволеността от здравна помощ.

Очаквани резултати:

- Увеличено използване на постиженията на научния потенциал на страната.
- Създаване на основа за развитие на развойно-иновационна дейност, повишаване на заетостта и създаване на устойчиво развиваща се изследователска медицинска наука.

Стратегическа цел III

Подобряване на извънболничната медицинска помощ
--

1. Решаване на проблемите с медицинската помощ при спешни и неотложни състояния

Задачи:

- Създаването на регламент на дейностите, които покриват спешната и неотложната помощ.
- Финализиране на плана за реструктуриране и оптимизиране на системата за спешна медицинска помощ.
- Въвеждане на мерки за повишаване отговорността на личните лекари при оказване на неотложната помощ на пациентите, чрез финансиране на реалните изпълнители на неотложна помощ по места, за реално поета отговорност и извършена дейност.
- Изграждане на единен координационен механизъм между центровете за спешна медицинска помощ и структурите на МВР, Министерството на извънредните ситуации, Държавна агенция "Гражданска защита" и местните власти и въвеждане на тел. 112.

2. Оптимизиране дейностите на първичната и специализираната медицинска помощ

Задачи:

- Въвеждане на регламенти за горна граница на пациентите, обслужвани от един общопрактикуващ лекар; минимално време за извършване на прегледите в специализираната помощ; критерии и изисквания за осъществяването им на база на медицинските стандарти.
- Въвеждане на инструментариум за отчитане дейността и оценка на резултатите.
- Създаване на мобилни медицински екипи за първична и специализирана медицинска помощ за труднодостъпните райони.
- Стимулиране създаването на групови практики за осигуряване на непрекъснато 24-часово обслужване на населението.
- Разкриване на сестрински и акушерски структури в извънболничната помощ.
- Въвеждане на критерии и индикатори за мониторинг и контрол.
- Повишаване качеството на следдипломната квалификация и продължаващото обучение на работещите в системата на извънболничната помощ.
- Министерство на здравеопазването и общините да създадат условия и стимули за създаване практики на ОПЛ в отдалечените и труднодостъпни райони в страната.

3. Усъвършенстване нормативната уредба на заплащане

Задачи:

- Поетапно увеличаване заплащането за видове дейност на общопрактикуващите лекари и въвеждане на финансови стимули за работа в групови практики.
- Увеличаване изискванията към общопрактикуващите лекари и специалистите и обвързване на заплащането им с дейностите за:
 - ⇒ идентифициране на рисковите групи пациенти и профилактика на всички категории пациенти;
 - ⇒ диспансерно наблюдение;
 - ⇒ поддържане на здравно досие на пациентите.
- Регламентиране компетенциите на медицинските сестри, акушерките и другите професионалисти, предоставящи здравни грижи в извънболничната сфера и разработване на механизми на заплащане, обвързващи количеството и качеството на дейността им.
- Подобряване на механизмите и критериите за мониторинг и контрол на дейността на базата на индикаторите.

4. Подобряване денталното здраве на населението чрез усъвършенстване на механизмите за предоставяне на дентална помощ

Задачи:

- Анализ на обхвата, обема, достъпността, достатъчността и ефективността на дейностите по задължителното здравно осигуряване.

- Национален ситуационен анализ на оралното здраве на деца, целево финансиран от държавата.

- Укрепване и разширение на сега съществуващите регионални профилактични орални програми.

- Целево държавно и общинско финансиране на нови регионални орални профилактични програми.

- Изготвяне на ресурсно осигурена национална програма за промоция на оралното здраве и профилактика на децата и учениците до 18 годишна възраст.

- Изготвяне на национална здравна карта на кадровия ресурс в денталната медицина с отчитане на здравното и демографско състояние на населението, комуникационните и транспортни възможности и кадровото стимулиране.

- Провеждане на мониторинг по ефективността на национална програма за промоция на оралното здраве и профилактика на децата и учениците до 18-годишна възраст с разширяване на нейните ресурсни параметри и усъвършенстване на мениджмънта за постигане висок обхват и качество на денталната проблематика.

- Провеждане на анализ на кадровата обезпеченост с лекари по дентална медицина и лекари по дентална медицина – специалисти и въвеждане на регулация в приема на студенти по дентална медицина в съответствие с кадровата необходимост. Оптимизиране на специализацията за лекари по дентална медицина с въвеждане на държавна поръчка.

Очаквани резултати:

- Повишаване ефективността на дейностите по промоция и интегрирана профилактика на заболяванията в областта на денталното здраве с предимство при децата.

- Пълно покритие на стоматологичните потребности на здравноосигурените лица до 18 години с приоритет към профилактиката; осигуряване на дентално медицинския минимум за страната при 40% обръщаемост, обезпечаване на неотложната дентална помощ и регулация на кадровия ресурс за дентална помощ.

- Подобрен достъп на населението в отдалечени и труднодостъпни райони, както и на лицата с висок риск до достатъчни по обем и качествени услуги от специалистите по дентална медицина.

- Подобрено взаимодействие между специалистите по дентална медицина от първичната и специализирана извънболнична помощ, с резултат подобрена приемственост и качество на оказваните медицински услуги и ефективност при разпределение на ресурсите без дублиране на дейности.

5. Подобряване на репродуктивното здраве

Задачи:

- Профилактика на ППБ (полово предавани болести) и ХИВ, с оглед профилактика на безплодието.
- Политика за семейно планиране.
- Разработване и въвеждане на задължителен скрининг за рак на гърдата и рак на шийката на матката.

Очаквани резултати:

- Подобряване достъпа на бременните жени до медицинска помощ.

- Подобряване достъпа на двойките с безплодие до качествена и навременна медицинска помощ.
- Подобряване информираността на младите хора по въпросите на сексуалното и репродуктивно здраве и превенция на ППБ и абортите.
- Намаляване на абортите и ранните раждания от 15-19 години.
- Ефективен контрол, профилактика и намаляване на заболяванията от рак на гърдата и рак на шийката на матката.

6. Подобряване грижите за бременните жени. Подобряване на майчиното здраве.

Задачи:

- Подобряване на политиката за бременните жени чрез пряк достъп до медицинска помощ.
- Гарантиране на пакета за профилактични прегледи и диспансеризация на бременните жени.
- Пренатална диагностика чрез въвеждане на задължителен пакет генетични изследвания за всички бременни жени.
- Осигуряване на ехографски скрининг на бременността на територията на страната.
- Пълно и ранно обхващане на бременните жени за наблюдение през бременността чрез повишаване отговорността на лекарите и на пациента.
- Въвеждане на механизъм за контрол на медицинската дейност за бременните жени.

Очаквани резултати:

- Подобряване обслужването на бременните жени и реално осигуряване на прегледите и изследванията.
- Своевременно и качествено диагностициране на генетични и наследствени болести, с оглед предотвратяване ражданията на увредени деца.
- Профилактиране на рисковете на бременността и своевременно лечение на заболяванията през бременността.
- Намаляване на майчината смъртност и усложненията при раждане.

7. Подобряване здравето на децата

Задачи:

- Усъвършенстване на промотивно–профилактичната дейност (имунизации, правилно хранене, превенция на травматизма, ограничаване на влиянието на вредните фактори и неинфекциозни заболявания със социално-значим характер).
- Повишаване на качеството на първичната медицинска помощ.
- Улесняване на достъпа до специалист.
- Повишаване на качеството на диагностика и лечение.

- Качествена и достатъчна рехабилитация на деца с увреждания и социално-значими заболявания.
- Специфични мерки за добро здраве на определени групи от детското население - такива с етнокултурни особености, с реални или нереални затруднения в ползването на достъпа до здравни услуги и медицинска помощ.

Очаквани резултати:

- Намаляване на перинаталната, ранната неонатална и неонаталната детска смъртност.
- Сnižение на относителния дял на децата с увреждания и респективно социални тежести за държавата.
- Резерв за намаляване на болните възрастни с хронични, социално-значими заболявания .

Стратегическа цел IV

Преструктуриране и ефективно управление на болничната помощ

Преструктурирането на болници е дейност с голям обществен отзвук. То ще се базира на демографската характеристика на регионите и техните социално-икономически характеристики, в съответствие с възможностите за кадрово и ресурсно обезпечаване на болниците и тяхните акредитационни оценки. Ще бъдат разработени дългосрочни планове за намиране на максимално полезните решения за всяка болница. Преструктурирането на болничната мрежа ще бъде част от общата политика на страната за развитие на регионите, в съответствие с обновената Лисабонска стратегия, определяща бъдещото развитие на страните от Европейската общност.

1. Подобряване взаимодействието между извънболничното и болничното обслужване

Задачи:

- Пренасочване на част от предоставяните здравни услуги от болничната към извънболничната здравна система.
- Ясно регламентиране на функциите и отговорностите на отделните участници от извънболничната и болничната помощ в процеса на лечение на пациентите.
- Разработване и внедряване на клинични пътеки за едnodневна хирургия.
- Изграждане и усъвършенстване на интегрирани болнични информационни системи.

- Въвеждане на регламент за лечение на пациенти в лечебните заведения за болнична помощ с остри и неотложни състояния, без да се налага хоспитализация.

Очаквани резултати:

- Подобен достъп на пациентите до извънболничната и болничната здравна система.
- Регламентирани функции и отговорности на участниците в здравната система, премахване на дублирането на функции.
- Ефективно разпределение на финансовите средства.
- Гарантирана подготовка на пациентите за приемане в болница, грижи за долекуване и проследяване на тяхното състояние след изписване от болницата.
- Налична информация за потребностите от здравни грижи и удовлетвореността им от оказваните здравни грижи.

2. Подобряване на болничния мениджмънт

Задачи:

- Въвеждане на мениджърски договори за управление, свързани с резултатите от дейността на лечебните заведения.
- Въвеждане на индикатори за оценка на болничната дейност.
- Въвеждане на критерии за управление и поддържане на сградния фонд и материално-техническата база на лечебните заведения.
- Развитие на системата за управление, индикаторите за мониторинг и контрол ефективността на управлението в лечебните заведения.
- Разработване на системи за обучение на управленските екипи чрез включването им в магистърски програми.
- Разработване на системи за стимулиране на добрите мениджъри.
- Разработване на наредба за провеждане на конкурсите за ръководители на здравните грижи за подобряване управлението на грижите за болните и намаляване процедурните нарушения при провеждането на конкурсите по места.

Очаквани резултати:

- Регламентирани преки отговорности.
- Подобро управление и стимулиране на добрите мениджъри.
- Усъвършенствана система за мониторинг и контрол на болниците.
- Единни критерии за оценка на постигнатите резултати, равнопоставеност на лечебните заведения от гледна точка на ефективността от управлението и качество на медицинските дейности.

3. Преструктуриране на болничния сектор

В определени региони на страната има концентриране на заведения за болнична помощ, свръхпредлагане на услуги, недостатъчно използване на медицинската апаратура и дублиране на дейности. Персоналът се деквалифицира, пациентите се насочват към различни лечебни заведения, не им се оказва необходимата висококвалифицирана медицинска помощ. Това налага постигане на ефективно разпределение на болничните структури на

основата на търсенето на пациентите, техните потребности, съобразно спецификата в демографската структура и заболяемостта.

Задачи:

- Промяна на Националната здравна карта със задължителен характер, за постигане преструктуриране на здравната мрежа, съобразно потребностите на населението от болнична медицинска помощ, с оглед целесъобразно разходване на обществения ресурс и съобразено с осреднени европейски показатели. Постигане и на равнопоставеност, улеснен достъп, своевременно и достатъчна по обем качествена медицинска помощ, оптимизиране, рационализиране и икономизиране на системата.

- Осигуряване на дългосрочни грижи за възрастни хора. Развитие на система от лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и възстановяване, достигане на осигуреност 11 легла за дългосрочни грижи на 1000 души.

- Преформулиране на приоритетите в програмата за развитие на специализираните психиатрични болници, мрежата от психиатрични отделения, интегрирани в многопрофилните болници и диспансерите.

- Реализиране на инвестиционната политика при съблюдаване на следните принципи:

- ⇒ анализ и оценка на собствеността и състоянието на съществуващата материално-техническа база;

- ⇒ определяне на лечебните и здравните заведения с приоритетно национално или регионално значение;

- ⇒ определяне на приоритетите при насочване на финансови ресурси за реализация на инвестиционни програми и проекти.

- Внедряване на законодателните промени, свързани с приватизацията.

- Въвеждане на публично-частни партньорства.

Очаквани резултати:

- Ефективна система на болнична помощ, предоставяща качествени медицински услуги, съобразно потребностите на населението по региони.

- Повишаване на достъпа и качеството на болничната помощ.

- Осигурени средства за реинвестиране за подобряване на лечебната дейност и непосредствено свързаната с нея техническа и инфраструктурна база.

4. Усъвършенстване на механизмите за финансиране на болничната помощ

Задачи:

- Промяна на формата на националното рамково договаряне между лечебните заведения за болнична помощ и НЗОК и механизма на заплащане.

- Обвързване на договарянето и на заплащането с резултатите от дейността и акредитацията.

Очаквани резултати:

- Ефективно разпределение и насочване на финансовите ресурси.

- Обвързване на заплащането с резултатите от дейността и акредитацията.

Стратегическа цел V

Осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия, съответстващи на потребностите и икономическите възможности на населението

1. Осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия

Задачи:

- Постоянно осъвременяване на нормативната база в областта на лекарствените средства и медицинските изделия, отговарящи на правото на Европейския съюз.
- Осигуряване на непрекъснат контрол и мониторинг на качеството, безопасността и ефикасност на разрешените за употреба лекарства в страната.
- Текущо актуализиране на нормите и стандартите за производство, разрешаване на употреба, разпространение, предписване и отпускане на лекарства и медицински изделия.
- Разработване и редовно осъвременяване на национални здравни стандарти, диагностично-лечебни алгоритми.
- Създаване на национална система за мониторинг на лекарствената използваемост и създаване на система за рационална лекарствена употреба.
- Създаване на национална система за мониторинг на употребата на антибиотици в съответствие с Европейската практика и стандарти.

2. Въвеждане на система за реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, осигуряваща подобрен достъп до тях

Задачи:

- Въвеждане на единен позитивно-реимбурсен списък.
- Дефиниране ролята и механизмите на взаимодействие между институциите, имащи отношение към лекарствената политика.
- Въвеждане система за баланс между генерични и иновативни лекарствени продукти, в съответствие с европейската практика.
- Усъвършенстване методиката за регулиране на пределни цени на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание, с цел те да не надвишават средните цени в новоприсъединилите се страни в Европейския съюз.
- Регистрация на цените на лекарствата, отпускани без лекарско предписание.
- Подготовка на специалисти в областта на националната лекарствена политика.

3. Въвеждане на съвременни системи за лекарствена информация и контрол при предписването и отпускането на лекарствени продукти и медицински изделия

Задачи:

- Въвеждане на интегрирана система за контрол на лекарствата, предписвани от изпълнителите на медицинска помощ.

- Създаване на публични регистри за лекарствената информация.
- Създаване на съвременни механизми за измерване на количествени и качествени показатели на лекарствената използваемост на институционално, регионално и национално ниво.
- Създаване на съвременни механизми за оценка на лекарствената информация, предписването, отпускането, употребата, достъпността и дистрибуцията на лекарствените продукти.

4. Повишаване знанията на здравните професионалисти за рационалната лекарствена употреба

Задачи:

- Създаване, актуализиране и популяризиране на консенсусни фармако-терапевтични ръководства, медицински стандарти и указания за лечение, които да служат за база при създаването на болнични терапевтични ръководства, стандарти и указания.
- Дефиниране и въвеждане на критерии за рационалното използване на антибактериални лекарства, с оглед избягване на антибиотичната резистентност и ограничаване разпространението на инфекциозни заболявания.
- Определяне на стимули за спазване на критериите за рационална лекарствена употреба в системата за реимбурсиране.

5. Независима лекарствена информация

Задачи:

- Създаване на условия за предоставяне на обективна и независима информация на пациентите за разрешените в страната лекарства.
- Прозрачност на процедурите за ценообразуване.
- Информиране на пациентите за правата и задълженията им при потребление на лекарствени продукти и медицински изделия.
- Прозрачност и достъпност до информация за принципите и мерките за осъществяване на контрол по разпределението и отпускането на лекарствените продукти.
- Прозрачност на системата за отчитане на изписаните и отпуснати лекарствени продукти.
- Включване на неправителствените и пациентски организации във всички етапи на формирането и осъществяването на националната лекарствена политика.

Очаквани резултати:

- Осигуряване на качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти за населението.
- Система на ценообразуване, гарантираща достъпност до лечение.
- Ефикасност, ефективност и рационалност при изразходване на публичните средства.

Стратегическа цел VI

Развитие на човешките ресурси в здравеопазването

1. Планиране, подбор и квалификация на човешките ресурси

Задачи:

- Завършване на регистър на всички медицински, здравни и други специалисти в системата на здравеопазване по категории, специалности и възрастови групи.
- Разработване на план за обучение на медицинските кадри по категории и специалности, съобразно потребностите на страната.
- Усъвършенстване на нормативната уредба, регулираща медицинските специалности и синхронизиране на нормативните изисквания с правото на Европейския съюз.
- Стимулиране на партньорствата в областта на медицинското образование с университетите в Европейския съюз.
- Актуализиране критериите за определяне на учебни бази за обучение на специалисти в акредитирани лечебни заведения.
- Създаване на стандарти за административна структура и квалификация на административния персонал на болниците.

2. Повишаване на професионалната квалификация и продължаващо обучение

Задачи:

- Усъвършенстване системата за специализация на медицински и немедицински специалисти в системата на здравеопазването.
- Подобряване качеството на обучение на управленските кадри от различни нива на управление в здравеопазването.
- Въвеждане на регламенти на продължаващото медицинско обучение.
- Осъвременяване на номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването, условията и реда за провеждане на обучението и придобиване на специалност в здравеопазването, както и неговото финансиране.
- Актуализиране на учебните програми, разработване и въвеждане на различни схеми на обучение, съобразно потребностите и спецификата в работата на медицинските специалисти.
- Въвеждане и прилагане на програми за обучение на различни специалисти (лекари, медицински сестри, социални работници и др.) за работа в служби за предоставяне на грижи в областта на психичното здраве в общността.
- Разработване на системи за обмен на информация между медицинските специалисти в България и тези от страните-членки на Европейския съюз.
- Подобряване взаимодействието с ангажираните в процеса (други държавни институции, професионални и синдикални съюзи, неправителствени организации, граждански сдружения и др.) при формулиране на политиката в областта на здравеопазването, нейната реализация, оценка и контрол.

Очаквани резултати:

- Регламентиран ред и условия за провеждане на специализациите и финансирането на следдипломното обучение от държавния бюджет.
- Повишена ангажираност на държавата при провеждането на дейностите за продължаващо медицинско обучение.
- Оптимизиран прием на студенти, необходими на страната за осигуряване на достатъчен брой специалисти в дългосрочен план.
- Създаване на административен капацитет на национално и местно ниво за планиране и оценка подготовката на персонала.

Стратегическа цел VII**Създаване на интегрирана система за електронен обмен на данни в здравеопазването****1. Стандартизация и информационна сигурност****Задачи:**

- Определяне на национални информационни стандарти за системите в здравеопазването.
- Разработване и въвеждане на национални здравни информационни мрежи.
- Внедряване на нормативни и технологични изисквания за сигурност на данните и информационните системи в здравеопазването както и за защита на личните данни.
- Регламентиране на достъпа до персоналните електронни здравни записи и други персонализирани здравни данни само чрез електронни смарт-карти или други криптирани форми за достъп и обмен на данните.

2. Изграждане на интегрирана система за обмен на информация между заетите в сферата на здравеопазването (здравни, лечебни, учебни, научни, финансови и административни звена)**Задачи:**

- Внедряване на електронни здравни карти.
- Внедряване на персонални електронни здравни записи.
- Внедряване на софтуерни приложения за комплексно обработване и обмен на информация в реално време, в това число: електронни направления, рецепти, експертни заключения, лабораторни и диагностични данни и др.
- Изграждане на комплексни и интегрирани помежду си, както и с външни приложения болнични информационни системи.
- Създаване на електронни медицински досиета.

- Изграждане на необходимата инфраструктура за нормално функциониране на системата на здравеопазването – мрежи, свързващи устройства, крайни устройства и др.

- Изграждане на подходяща инфраструктура за внедряване на телемедицински приложения.

3. Информираност и обучение чрез предоставяне на уеб-базирани услуги в реално време

Задачи:

- Създаване възможности за електронен достъп до информация относно превенция на заболяванията, възможните начини на лечение, правата и задълженията на здравноосигурените лица, взаимоотношенията между тях и изпълнителите на медицински дейности, начините и нивото на реимбурсиране на лекарствените средства.

- Предоставяне на публичен достъп до електронни регистри за лечебните заведения, изпълнителите на медицински дейности, здравноосигурителните фондове, аптеките и др.

- Внедряване на електронни системи за поддържане на квалификацията и продължаващо обучение за здравните специалисти.

- Разработване на информационни системи за подпомагане на решенията на здравните специалисти и обмен на клинична информация.

4.Прилагане на добри практики и оперативна съвместимост

Задачи:

- Въвеждане на утвърдени добри практики на електронно здравеопазване, с цел да се избегнат неефективни стъпки.

- Въвеждане на нормативни и технологични изисквания за оперативна съвместимост на приложенията, свързани с информационните системи в здравеопазването в съответствие с принципите, нормите и практиките в ЕС.

- Конкретните задачи, осигуряващи изпълнението на горните мерки, са:

- ⇒ осигуряване на заетите в здравеопазването с компютри и свързването им към Интернет и в локални, регионални и национални здравни мрежи;

- ⇒ актуализиране на учебните програми с модули за обучение по информационно-комуникационни технологии на студентите по медицина, дентална медицина, фармация, здравен мениджмънт, здравни грижи, обществено здраве и на останалите здравни специалисти;

- ⇒ създаване и внедряване на специфични за здравеопазването софтуерни и хардуерни продукти, които да бъдат съобразени с интернационалните стандарти за обмен и защита на медицинските данни.

- Създаване на специализирано звено към МЗ за оценка и сертифициране на софтуерните продукти, предназначени за здравеопазването по отношение на сигурност на информацията, спазване на стандартите за медицинска информация и електронния обмен на медицинска информация.

- Подобряване на административния капацитет в системата на здравеопазването с помощта на съвременни информационни технологии (проучвания, анализи, оценки, взимане на решения, наблюдение и контрол).

Стратегическа цел VIII

Осигуряване на финансова устойчивост на националната система на здравеопазване

1. Политика на финансиране на здравната система

Задачи:

- Поетапно увеличаване на публичните средства, с оглед достигане на средния размер за страните от Европейския съюз в края на периода.
- Въвеждане на конкурентно начало в системата за финансиране на здравеопазването, гарантиращо финансова устойчивост, равнопоставеност и спазване принципа на солидарност и достъп на населението до здравноосигурителните фондове.
- Разработване на методика за разпределение на здравноосигурителните вноски между здравноосигурителните фондове.
- Създаване на резервен фонд, който да осигури финансовата стабилност на здравноосигурителната система.
- Осъществяване на надзор върху здравноосигурителните фондове за ограничаване на финансовите рискове в тяхната дейност.
- Гарантиране на финансова устойчивост на националните програми за подобряване здравето на нацията, финансирани със средства от държавния бюджет.
- Осигуряване на допълнителни финансови приходи и намиране на варианти за привличане на повече ресурси чрез: успешно решаване на проблемите по събиране на здравноосигурителните вноски в необходимите срокове; максимално използване възможностите на структурните фондове на Европейския съюз; стимулиране и развитие на доброволното здравно осигуряване; разширяване на възможностите за по-резултатно участие на неправителствените организации в дейностите по финансиране на здравеопазването, промоция и стимулиране на дарителството.
- Разработване на единна методика за остойностяване на медицинските услуги като основа за ценообразуване, разработване на финансови разчети и планове.
- Използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на социални проекти, при които водещия критерий е общественият интерес.

- Въвеждане на единни индикатори за финансовата дейност на болничната помощ.
- Усъвършенстване механизмите на заплащане на изпълнителите на медицинска помощ.
- Въвеждане на единна политика за планиране, доставка и сервиз на скъпоструващо оборудване в лечебните заведения, финансирани с публични ресурси.
- Въвеждане на ефективни механизми за упражняване на контрол на управлението и разходването на финансовите ресурси.

Очаквани резултати:

- Увеличаване на общия размер на средствата за функциониране на системата на здравеопазване.
- Увеличаване доходите на работещите в системата на здравеопазването.
- Създаване на конкуренция между здравноосигурителни фондове, с оглед подобряване на ефективността от разходване на финансовите средства.
- Запазване на равен достъп до здравни услуги, включително високотехнологични, на всички здравноосигурени граждани, независимо от социалния им статус, с повишено качество и обем на медицинското обслужване.
- Гарантиране финансовата устойчивост на здравната система.

2. Усъвършенстване модела на задължителното здравно осигуряване

Задачи:

- Запазване модела на задължителното здравно осигуряване на принципа на солидарността, с включване на повече здравноосигурителни фондове, конкуриращи се помежду си.
- Идентифициране на проблемите по събирането на здравноосигурителните вноски и тяхната ритмичност.
- Ефективно използване на механизмите за оказване на медицинска помощ на здравнонеосигурените социално-слаби групи от населението.
- Определяне на глобални параметри на бюджета за всяко лечебно заведение за болнична помощ за съответната финансова година, на основата на определени критерии за специфика в работата, капацитет, оборот на леглата и персонал на лечебните заведения.
- Постигане на оптимален баланс на разходите за извънболнична медицинска помощ и тези за болнична помощ, с цел ефективно използване на ресурсите.
- Прецизиране на критериите за разрешаване на нови структури в лечебните заведения за болнична помощ.
- Ограничаване възможността за работа на повече от едно място на лекари в лечебни заведения за болнична помощ с отчитане на условията за осигурен достъп и работа в отдалечени и труднодостъпни райони. Това се налага от необходимостта за елиминиране на вредната практика един лекар да работи на повече от две места и за осигуряване на високо качество.
- Въвеждане на ограничение за сключване на договори с нови контрагенти, структури, звена в хода на изпълнение на бюджета за текущата година.
- Разработване на задължителни финансови планове за работа на лечебните заведения, съгласувани със собственика и финансиращите институции.
- Промяна в националното рамково договаряне в следните насоки:

- ⇒ извеждане на раздела „Контрол и санкции на изпълнителите на медицинска помощ” от обхвата на националното рамково договаряне в Закона за здравното осигуряване;
- ⇒ промяна сроковете за рамковото договаряне, обвързано с приемането на бюджета на държавата и удължаване срока на действие на Националния рамков договор на 3 години;
- ⇒ ежегодно определяне на обемите и цените на видовете медицински дейности след обсъждане и дискусии с изпълнителите на медицинска помощ и съобразно параметрите на бюджета за съответната финансова година и в съответствие с утвърдената бюджетна процедура от Министерски съвет.
- ⇒ усъвършенстване системата на договаряне чрез разширяване броя на преговарящите страни.

•Поетапно увеличаване размера на задължителната здравноосигурителна вноска, без да се увеличава данъчно-осигурителната тежест за населението.

Очаквани резултати:

- Гаранции за ефективен и независим контрол за правилното и законосъобразно разходване на средствата от бюджета, в т.ч. тези, предоставени от републиканския бюджет като публичен ресурс.
- Увеличена отговорност на отделните изпълнители на медицинска помощ в договорния процес.
- Максимална защита на интересите на здравноосигурените лица, потребители на медицинската помощ.
- По-добра организация и ефективност на процедурите по договаряне и предоставяне на здравни услуги.

3. Развитие на доброволното здравно осигуряване

Задачи:

- Повишаване информираността на населението за възможностите, които предлага доброволното здравно осигуряване.
- Покриване от дружествата за доброволно здравно осигуряване на разходите за медицински услуги, които не се изплащат от системата на задължителното здравно осигуряване, като: навременно получаване на извънболнична специализирана медицинска помощ без направление; стоматологични услуги; заплащане на лекарства и медицински консумативи по отделни клинични пътеки; заплащане за избор на лекуващ екип; заплащане на потребителски такси; покриване на част от разходите за лекарствени продукти за домашно лечение.
- Повишаване относителният дял на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравната система.
- Разширяване на данъчните облекчения върху вноските за доброволно здравно осигуряване за физическите и юридическите лица.
- Осъществяване на законодателни промени, насочени към преустановяване на нелицензирана здравноосигурителна дейност от страна на лечебни заведения (абонаментно обслужване) и дублираща дейност на застрахователни компании.

Очаквани резултати:

- Повишаване участието на доброволното здравно осигуряване в здравната дейност.

- Увеличаване на финансовите приходи в здравеопазната система.
- Балансиране на интересите на всички участници в доброволното здравно осигуряване при повишаването на достъпа и получаването на качествени здравни услуги.

Стратегическа цел IX

Ефективно членство в Европейския съюз

1. Изграждане на административен капацитет

Задачи:

- Изграждане на институционален и административен капацитет и необходимата инфраструктура в областта на общественото здраве, свободното движение на стоки ([храни](#), козметика, медицински изделия и др.) и хора (взаимно признаване на дипломи, свързани с квалификацията на медицински специалисти, координация на социално-осигурителните схеми и др.), правосъдие и вътрешни работи (наркотици) и др.
- Подготовка и обучение на кадри за изпълнение изискванията на ЕС в областта на администрацията в здравеопазването.

2. Участие в работата на институциите на ЕС

Задачи:

- Разработване и провеждане на политики, съобразени с Програмата на Общността за здраве и защита на потребителите (2007–2013).
- Активно участие в изработването на нормативните актове на ЕС и въвеждане на новоприетите в българското законодателство.
- Въвеждане на европейската здравноосигурителна карта.
- Провеждане на широка информационна кампания сред изпълнителите на медицинска помощ в страната за работата с европейската здравноосигурителна карта и за възможностите за лечение на българските граждани на територията на ЕС.

3. Ефективно усвояване на структурните фондове на ЕС

Задачи:

- Подготовка и обучение за изготвяне на проекти и програми за финансиране със средства от структурни фондове на ЕС в сферата на: човешките ресурси и тяхното обучение, развитието на здравната инфраструктура в регионите, развитие на здравно информационните системи и здравната превенция, подобряване на административния капацитет.

- Осъществяване на контрол по реализирането на одобрените проекти за финансиране на здравеопазването със средства от структурните фондове на ЕС.

4.България в ЕС – запознаване с новите възможности и ангажименти, свързани с Европейския съюз

Задачи:

- Провеждане на широка информационна кампания сред населението по възможностите за получаване на здравни грижи на територията на ЕС, мобилност и безопасност на пациентите.

- Провеждане на информационна кампания за достъпа до медицинско обслужване на българските граждани от Европейския съюз и за автоматичното признаване на професионални квалификации и специализации на медицински професионалисти (свободно движение на хора).

- Провеждане на широка информационна кампания сред населението и бизнес средите за запознаване с новостите в нормативната уредба относно храните и факторите на околната среда, имащи отношение към здравето на хората (въздух, вода); безопасните условия на труд и свободното движение на стоки (храни, козметика, нов подход, медицински изделия и други).

Очаквани резултати:

- Изпълнени изисквания на Европейския съюз за интегриране в Общността.
- Осигурена медицинска помощ за българските граждани в рамките на ЕС и предоставена информация за европейската здравноосигурителна карта.
- Ефективно обслужване на гражданите на Европейския съюз на територията на страната.
- Ефективно използване на структурните фондове на Европейския съюз.
- Пълноценно участие на България в процеса на взимане на решения в структурите на ЕС в областта на здравеопазването.

IV. ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ОЦЕНКА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

Изпълнението на стратегията обхваща не само начина, по който ще се постигнат набелязаните цели, но и мониторинга и оценката на резултатите във

времето. Текущото измерване и оценка на постигнатия напредък по набелязаните цели е съществена част от изпълнението на стратегията. Това ще гарантира:

- отчетност за прогреса, който са постигнали институциите и ведомствата, отговорни за изпълнението;
- оценка на възвращаемостта от инвестициите, вложени при изпълнението на стратегията;
- информиран избор по отношение на по-нататъшна консолидация, подобрене и промяна.

В процеса на изпълнение на стратегията е важно да се създаде система за мониторинг на прогреса и оценка на резултатите от интервенциите по всяка една от стратегическите цели. В най-общи линии тази оценка ще бъде насочена към:

- значимостта и адекватността на изпълнителите и интервенциите по отношение на целите и задачите;
- постигнатият напредък за привличане на ресурси за осъществяване на интервенциите;
- степента на ефективност на интервенциите върху всяка една от набелязаните цели;
- влиянието на интервенциите върху цялостното състояние на здравето на нацията;
- приемливостта на интервенциите от страна на населението.

1. Стандарти за мониторинг

Стандартите за измерване на постигнатия напредък ще бъдат в съответствие с набелязаните цели. Избраните стандарти следва да бъдат постижими. Те ще бъдат определени на базата на конкретни данни и ще предоставят възможност за международни сравнения на базата на установени от Световната здравна организация принципи.

2. Показатели за оценка

Показателите за оценка на резултатите от постигнатия напредък ще покрият изцяло целите и задачите, съдържащи се в ключовите области на стратегията. Възприета е идеята за прилагането на набор от показатели на национално ниво, систематизирани в следните основни групи:

- **ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО**
- **МАКРО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПОКАЗАТЕЛИ**
- **ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ОСИГУРЕНOST НА НАСЕЛЕНИЕТО СЪС ЗДРАВНИ РЕСУРСИ**
- **ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ДОСТЪПНОСТ НА НАСЕЛЕНИЕТО ДО ЗДРАВНА ПОМОЩ**
- **ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТ**
- **ПОКАЗАТЕЛИ ЗА УДОВЛЕТВОРЕНOST**

Отделните институции и ведомства, участващи в изпълнението на стратегията, ще допълнят този списък със специфични показатели, свързани с управлението на местно ниво. Комбинирани с финансова информация и с информация за дейността тези показатели ще предоставят възможност за:

- оценка на ефективността на предоставянето на здравни услуги и навременно откриване на възникващи трудности;
- оценка и преглед на политиката и действията по отношение по-нататъшното им развитие;
- по-добра комуникация по отношение на постигнатото, разбиране на необходимите действия и участие в управлението извън професионалните граници;
- по-добра информираност на обществеността.

Резултатите от анализа на показателите ще бъдат предоставени на обществеността по начин, който ще даде възможност за нейното участие във формирането на политиката и по-добро разбиране на свързаните със здравето дейности.

3. Мониторинг и оценка

Министърът на здравеопазването ще осъществява координацията по анализ, мониторинг и оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия. За тази цел той създава съответните национални звена и структури и експертни групи. Ежегодно докладва за етапното изпълнение на стратегията пред Министерски съвет.