

ПРОЕКТ

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

ПО-ДОБРО ЗДРАВЕ ЗА ПО-ДОБРО БЪДЕЩЕ НА БЪЛГАРИЯ

София, април 2001

Благодарности

Представената Национална стратегия "По-добро здраве за по-добро бъдеще на България" е резултат от обединените усилия на екип от специалисти под ръководството на Министъра на здравеопазването - д-р Илко Семерджиев.

Определена заслуга при определяне на философията, структурата и съдържанието на стратегията има Антонио Дюран - консултант по здравна политика на Министерството на здравеопазването, представляващ Регионалното бюро на СЗО за Европа.

Особени благодарности се изказват на д-р Марк Данзон, Генерален директор на Европейското регионално бюро на СЗО, във връзка с безрезервната подкрепа по време на подготовката на стратегията и високата оценка на окончателния вариант на документа, изразени по време на официалното обсъждане на Националната здравна стратегия. Дължим признателност и на екипа здравни експерти на Световната банка под ръководството на господин Адрю Воркинк, Директор за България в Световна банка - Южна централна Европа, и Томас О'Брайън, постоянен представител на банката в България, които с ценните си препоръки допринесоха за доразвитието и усъвършенствуване на стратегията и Плана за действие към нея.

Изключителен принос при разработването на стратегията имат и националните консултанти проф. д-р Мирослав Попов и проф. д-р Петър Николаков.

Следва да се отбележи активното участие и съдействие на всички етапи на разработването на материала на д-р Стайко Кулаксьзов, д-р Христо Хинков, г-жа Деница Сачева, д-р Бойко Пенков, д-р Димитър Илиев, д-р Стефан Сираков, д-р Б. Доганов и д-р Красимир Николов.

Представеният материал е дело на съвместните усилия на ръководството на Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса, техните дирекции и работещите в тях експерти, както и на ръководителите и сътрудниците на Националните центрове към Министерство на здравеопазването – Национален център за обществено здравеопазване, Национален център по здравна информация, Изпълнителната агенция по лекарствата, Национален център за хигиена, медицинска екология и хранене и ценната помощ и консултации на д-р Дора Мирчева и Анна Кешелава (офис за контакти със Световната здравна организация в България).

Цялостната дейност по организацията и координацията при разработването на стратегията и техническото ѝ оформяне е осъществена от дирекция за международно сътрудничество и европейска интеграция, с директор д-р Стайко Кулаксьзов и звеното за здравно-политически и икономически анализи в МЗ, като приноса на г-жа Светла Тодорова и г-жа Милена Григорова беше неоценим.

Съдържание

<u>Въведение</u>	6
<u>Част първа</u>	
<u>Състояние на здравето на нацията и здравеопазването</u>	8
Глава първа – Състояние и тенденции на здравето на нацията	8
Глава втора – Състояние на системата за здравеопазване	28
Глава трета – Необходимост от стратегически подход	48
<u>Част втора</u>	
<u>Предназначение, принципи и цели на Националната здравна стратегия</u>	50
Глава четвърта – Изравняване на баланса и създаване на симетрия между здравеопазване и здраве	50
Глава пета - Общоевропейски ценности и приоритети в българската Национална здравна стратегия.....	51
Глава шеста – Политика “Здраве за всички през 21 век” на СЗО и Европейския регион	52
Глава седма – Основни приоритети и цели на Националната здравна стратегия	54
<u>Част трета</u>	
<u>Предизвикателства</u>	56
Глава осма – Несъответствие между броя на ражданията и броя на жените във фертилна възраст	56
Глава девета – Несъответствие между раждаемост и смъртност	56
Глава десета – Несъответствие между добре развити акушеро- гинекологични и педиатрични служби и висока детска смъртност	57
Глава единадесета – Тенденция за увеличаване на смъртността в икономически активната възрастова група	58
Глава дванадесета – Несъответствие между дълголетието като реалност и качеството на живота на старите хора	59
Глава тринадесета – Несъответствие между осигуреността на населението с медицински специалисти и болнични легла и ефективността на здравната помощ	60

Глава четиринадесета – Несъответствие между индивидуалното здравно поведение на гражданите и състоянието на личното, семейното и общественото здраве	62
--	----

Част четвърта

<u>Отговор на предизвикателствата</u>	68
---	----

Глава петнадесета – Реформа на здравеопазването – непрекъснат и необратим процес	68
--	----

Глава шестнадесета – Стратегическа роля на здравните власти и смяна на фокуса на Министерство на здравеопазването към по-широките проблеми на общественото здраве.....	74
--	----

Глава седемнадесета - Партньорство и междусекторно сътрудничество за осъществяване на националната здравна стратегия	76
--	----

Част пета

<u>Обхват на националната здравна стратегия</u>	81
---	----

Глава осемнадесета – Възможни ключови области и критерии за тяхната селекция	81
--	----

Глава деветнадесета - Стратегически избор на ключовите области	82
--	----

Глава двадесета – Цели и задачи на стратегическите ключови области	83
--	----

Част шеста

<u>Постигане на целите и задачите – подходи и отговорности</u>	94
--	----

Част седма

<u>Роля на институциите и заведенията на националната система за здравеопазване.....</u>	96
--	----

Глава двадесет и първа – Трансформиране на целите на областно и общинско равнище	96
--	----

Глава двадесет и втора – Роля и отговорности на районната и общинската здравна администрация	97
--	----

Глава двадесет и трета – Задачи на здравните заведения	97
--	----

Част осма

<u>Управление на качеството на здравните дейности</u>	99
---	----

<u>Част девета – Мониторинг на ефикасността от действията на настъпилите промени в здравето на нацията</u>	104
<u>Резюме</u>	107
<u>Приложение 1 - Прогнози за финансиране на здравеопазването в средносрочна перспектива</u>	109

Въведение

Динамиката на развитие на процесите и системите в здравеопазването прави изработването на дългосрочна стратегия за развитие на сектора точно толкова трудно, колкото скачането в движещ се влак.

Анализът на съвременното състояние на сектора категорично доказва необходимост от промени – промени както в организацията и финансирането на здравеопазването, така и в подобряването на качеството на услугите и условията за работа на заетите в тази сфера, така и по отношение на личната отговорност на всеки един от нас за опазване на индивидуалното, семейното и общественото здраве.

Здравеопазването в България се нуждае от широк политически и граждански консенсус, за да бъде признато за национален приоритет. То е основополагащо за социалното развитие на страната ни и тази област на човешкия живот се нуждае от най – големи инвестиции. След програмите за структурни реформи, идва ред на инициативите, свързани с развитието на човешките ресурси и укрепването на социалния капитал. Независимо от постоянно поддържащото се напрежение между икономическия и социалния прогрес, съществуват неоспорими доказателства, че те са взаимно зависими.

В представения документ се подчертава, че:

1. **Всеки човек може да направи за здравето и благополучието си** повече, отколкото който и да е лекар, болница или лекарство. И действително, множество данни говорят, че ключът към въпроса дали един човек ще бъде здрав или болен, дали ще живее дълго или ще го постигне преждевременна смърт, се крие в редица индивидуални навици: тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, начин на хранене, физическа активност, спазване правилата на уличното движение, умение за преодоляване на стресови ситуации. Установено е, че хората които спазват тези шест прости здравни правила, живеят средно 11 години повече от тези, които не спазват нито едно от тях.
2. **Укрепването и опазването на здравето** зависи в значителна степен от политическата воля за формиране на здравословна жизнена среда в нейните екологични, селищно-устройствени и комунални аспекти. Полемика ще има и трябва да има относно желаната степен на безопасност на жизнената среда, относно химичните, физическите, биологичните и информационни фактори на околната среда и редица професионални въздействия, които могат да имат разрушителни последици за здравето.
3. **Обществото носи отговорност** за здравната закрила на лицата, попаднали временно или за по-продължително време в рискови социални ситуации. За целта се предлага разработването на национални програми със здравно – социален характер, за чиито дизайн и реализация ще се търси и широкото съдействие и подкрепа и на неправителствения сектор.
4. **Заведенията на националната система за здравеопазване** играят съществена роля в укрепването, опазването и възстановяването на човешкото здраве. Политиците, професионалистите и обществеността водят и ще водят дискусии за мощността, структурата, източниците на финансиране, организацията и управлението на тази система. Целта обаче е една – да се изградят и укрепят законово справедливи и икономически жизнеспособни основи за по – ефективно и ефикасно функциониране на здравната инфраструктура.

Без съмнение правителството и общинските власти, училищата и здравните заведения, бизнесът и неправителствените организации ще внесат своя дял от усилия за изпълнението на целите и задачите, заложи в Националната здравна стратегия. Но тези усилия биха били напразни, ако липсват индивидуалните решения на милионите български граждани – решения да укрепят и опазят собственото си здраве.

Защото по – доброто здраве на нацията е неотменимо условие за по – доброто бъдеще на България.

Д-р Илко Семерджиев,

Министър на здравеопазването

ЧАСТ ПЪРВА

СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА И НА СИСТЕМАТА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Стратегическата цел на националната здравна политика на всяка цивилизована страна е подобряването на здравето на населението. Ето защо ретроспективният, ситуационният и проспективният анализ на здравето на нашия народ е фундамента за определяне на здравнополитическите цели и приоритети на Република България. Анализът в това отношение включва пет непосредствени измерители на здравето, които ще бъдат разгледани и в контекста на състоянието на здравеопазването. В този контекст изпъкват възможностите за подобряване на здравето чрез системното развитие на целесъобразни дейности, включени в здравната стратегия на държавата.

Глава първа

СЪСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ НА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА

Състоянието и тенденциите на здравето на нацията се формират и оценяват в зависимост от: демографските процеси, заболяемостта, рисковите фактори, физическото развитие и дееспособност и самооценката на здравето.

1.1. Демографски процеси

На фона на общата демографска картина на нашата страна е ярко очертано намаляването на общата численост на населението /особено изразено за селското население/, увеличаването на смъртността /също така по-силно изразено сред селското население/ и намаляването на очакваната средна продължителност на живота.

Общата численост на населението намалява значително както през десетилетието 1980-1989 г. /Таблица 1/, така и през периода 1990-1995 г. До голяма степен това се дължи на засилената емиграция /по данни на Националния статистически институт през 1989-1995 г. са емигрирали около 600 000 души/, а също така и на намалената раждаемост и бавното, но устойчиво нарастване на смъртността.

Таблица 1. Общ брой на населението в България (1960-1998 г.)

Години	Население на 31.XII				
	Общо	Мъже	Жени	В градовете	В селата
1960	7905,5	3946,9	3958,6	3005,5	4900,5
1970	8514,9	4256,6	4258,3	4509,8	4005,1
1980	8876,6	4421,7	4454,9	5546,0	3330,6
1990	8669,3	4270,0	4399,3	5817,9	2851,4
1995	8384,7	4103,3	4281,4	5688,4	2696,3

1996	8340,9	4077,5	4263,4	5634,6	2706,3
1997	8283,2	4045,0	4238,2	5608,6	2674,6
1998	8230,4	4014,1	4216,3	5596,8	2633,6

Източник на информация: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

През последните четири десетилетия **раждаемостта** в България /Таблица 2/ показва трайна тенденция за намаляване поради негативното влияние на редица социално-икономически и демографски фактори. При това след 1970 г. честотата на абортите е увеличена и надвишава /от 1980 г. / значително броя на ражданията /Фигура 1/. Нараства и **мъртва раждаемостта** /след 1990 г. /, по-силно изразена сред селското население. За разлика от раждаемостта /която има по-сложна и не толкова зависима от здравето обусловеност/, честотата на абортите и на мъртва раждаемостта могат да се интерпретират от гледна точка на здравето на нацията.

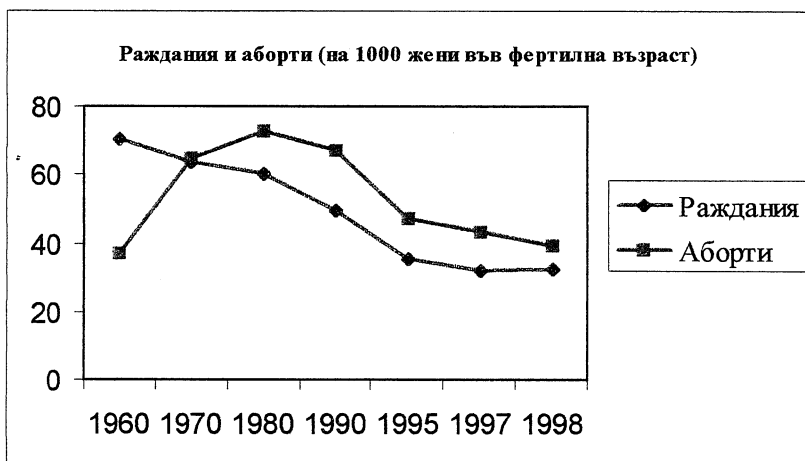
Таблица 2. Раждаемост, смъртност и естествен прираст в България.

Години	Брой			На 1000 от населението		
	Живоро- дени	Умрели	Естествен прираст	Живоро- дени	Умрели	Естествен прираст
Общо						
1970	138745	77095	61650	16.3	9.1	7.2
1980	128190	97950	30240	14.5	11.1	3.4
1985	118955	107485	11470	13.3	12.0	1.3
1990	105180	108608	-3428	12.1	12.5	-0.4
1995	71967	114670	-42703	8.6	13.6	-5.0
1997	64125	121861	-57736	7.7	14.7	-7.0
1998	65361	118190	-52829	7.9	14.3	-6.4
В градовете						
1970	79809	30957	48852	18.0	7.0	11.0
1980	86664	45153	41511	15.7	8.2	7.5
1985	81072	50872	30200	13.8	8.7	5.1
1990	73940	55225	18715	12.6	9.4	3.2
1995	50405	60767	-10362	8.8	10.7	-1.9
1997	45746	66206	-20460	8.1	11.8	-3.7
1998	47671	64444	-16773	8.5	11.5	-3.0

В селата						
1970	58963	46138	12798	14.6	11.4	3.2
1980	41526	52797	-11271	12.4	15.7	-3.3
1985	37883	56613	-18730	12.3	18.3	-6.0
1990	31240	53383	-22143	10.9	18.6	-7.7
1995	21562	53903	-32341	8.0	19.9	-11.9
1997	18379	55655	-37276	6.8	20.7	-13.9
1998	17690	53746	-36056	6.7	20.3	-13.6

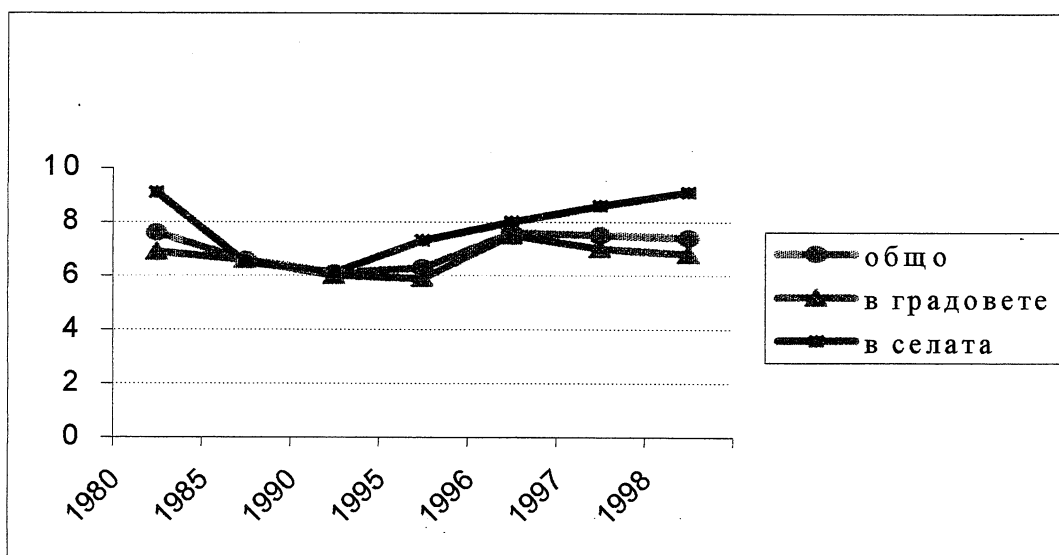
Източник на информация: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

Фигура 1. Раждания и аборти на 1000 жени във фертилна възраст



Източник на данните: Министерство на здравеопазването, НЦЗИ

Фигура 2. Мъртва раждаемост на 1000 родени



Източник на данните: Министерство на здравеопазването, НЦЗИ

Смъртността е особено важен показател за здравето на нацията. В това отношение заслужават внимание следните здравно-статистически факти:

- нарастване на общата смъртност- от 11,1 на хиляда през 1980 г. на 14,3 на хиляда през 1998 г., с честота по-голяма сред мъжете, отколкото сред жените („свръхсмъртност на мъжкото население“);
- по-висока обща смъртност сред селското население /20,3 на хиляда/, отколкото сред градското население /11,5 на хиляда/ през 1998 г.
- нарастване на смъртността сред активното население във възрастовата група от 29 до 59 г. /особено през периода 1970 - 1990 г./, по-изразено сред селското, отколкото сред градското население;

Таблица 3. Смъртност в България по възрастови групи през 1970-1998г.

(На 1000 души от съответната възраст)

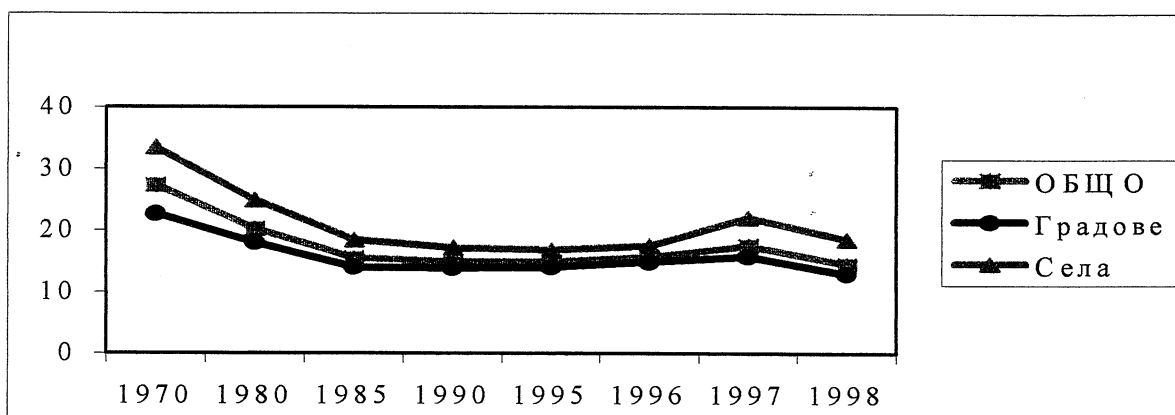
Година	Общо	Възраст (в навършени години)								
		Под 1 г.	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
1970	9,1	27,3	0,8	0,6	1,0	1,5	3,2	8,1	22,4	84,2
1980	11,1	20,2	0,7	0,6	1,0	1,6	3,6	9,1	24,3	88,1
1985	12,0	15,4	0,7	0,6	1,0	1,7	4,0	9,8	22,9	90,4
1990	12,5	14,8	0,6	0,6	1,1	1,8	4,3	10,0	23,5	93,4

1995	13,6	14,8	0,6	0,5	1,1	1,9	4,8	11,0	24,2	86,6
1997	14,7	17,5	0,7	0,6	1,0	1,9	4,9	11,1	25,0	91,2
1998	14,3	14,4	0,6	0,5	0,9	1,7	4,7	10,8	24,3	88,1

Източник на информация: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

- нарастване на детската смъртност: след като тя достига най-ниско равнище през 1988 г. /13,6 на хиляда живородени/, започва да се повишава и през 1997 г. достига 17,5 на хиляда, а през 1998 г. – 14,4 на хиляда. Детската смъртност в селата /18,5 на хиляда през 1998 г./ надвишава значително тази в градовете /12,9 на хиляда през 1998 г./ Около 2/3 от умиранията се дължат на преждевременни раждания /недоносеност/, вродени аномалии, асфиксия и пневмония.

Фигура 3. Детска смъртност (на 1000 живородени)

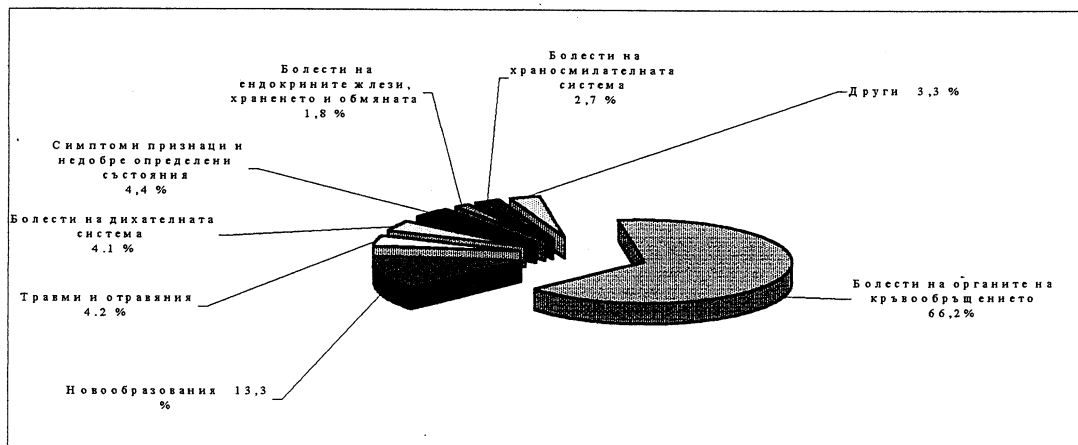


Източник на данните: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

Причините за смърт в продължение на повече от едно десетилетие запазват относително устойчива структура. През 1998 г. около 2/3 от умиранията се дължат на болести на органите на кръвообращението /66,2 %/, на второ място като причини за смърт са новообразуванията /13,3 %/, след това – болести на дихателната система /4,1 %/ и травми и отравяния /4,2 %/, т.е. близо 88 % от умиранията в България се дължат на посочените четири групи заболявания.

Поради възходящата тенденция и нарастващата честота на умиранията, особено внимание е необходимо да се обърне на **пътнотранспортния травматизъм**. През периода 1981-1998 г. нарастват умиранията и от **самоубийства**, като тази тенденция се засилва след 1990 г. Отражението на самоубийствата върху характеристиката на смъртността не е голямо, обаче тяхната динамика е един от важните параметри на начина на живот и особено на качеството на живота.

Фигура 4. Смъртност по причини



Източник на данните: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

Намалената раждаемост и увеличаващата се смъртност заедно с емиграционния поток /емигрират предимно млади хора в репродуктивна възраст/ обуславят намаляването на **естествения прираст** на населението, който през 1990 г. вече е отрицателен и през 1998 г. достига до - 6,4 на хиляда жители. Имайки предвид трайната тенденция на посочените демографски процеси, отрицателният прираст води до **депопулация** на българското население.

Фигура 5. Обща смъртност, раждаемост и естествен прираст на населението

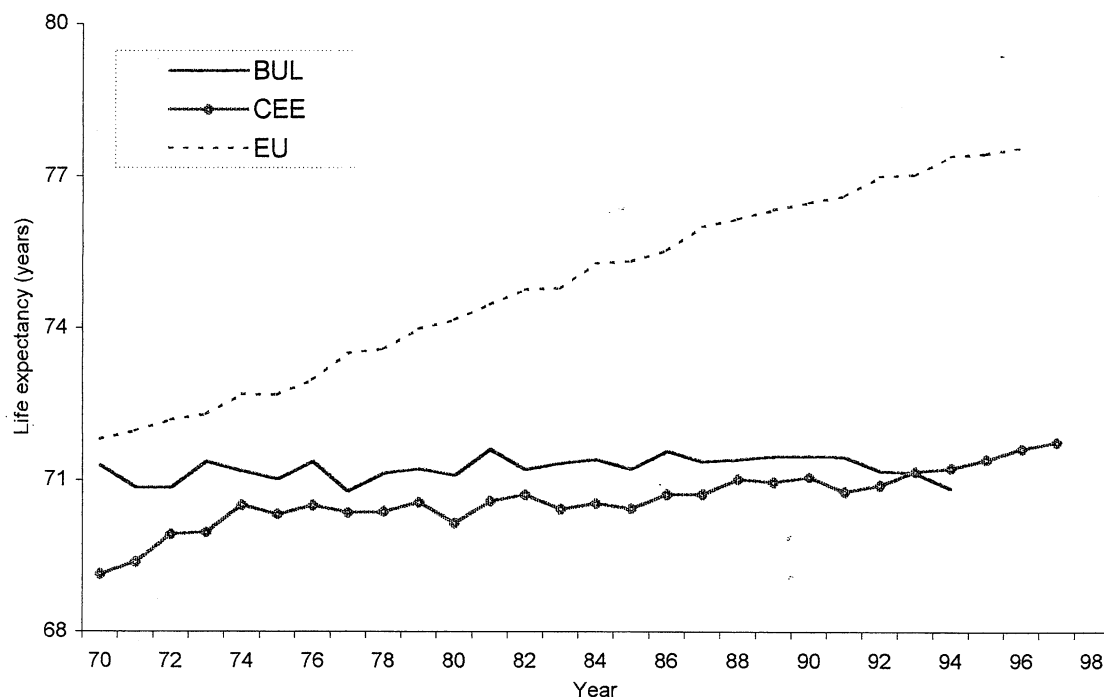


Източник на данните: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

Влошената демографска характеристика се отразява в **намаляването на очакваната средна продължителност на живота**, която се смята за един от синтетичните показатели за здравето на

популациите. Този показател се увеличава до 1993 – 1995 г. и достига общо 70,60 г. /67,10 за мъжете и 74,90 за жените/, след което се понижава и през 1995 – 1998 г. е 70,50 г. /67,10 за мъжете и 74,30 за жените/.

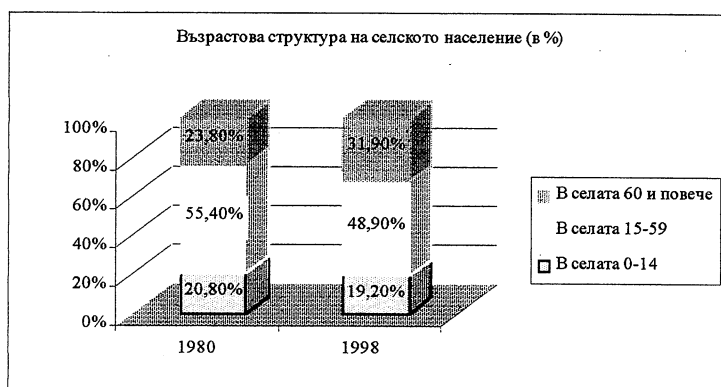
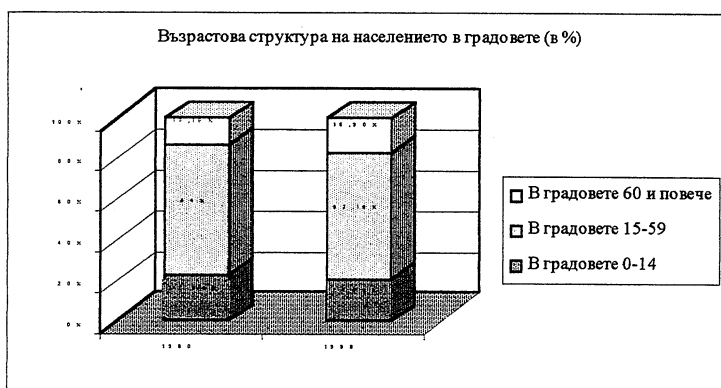
Фигура 6. Тенденции в средната очаквана продължителност на живота в страните от Централна и Източна Европа, Европейския съюз и България.



Източник на информация: СЗО-ЕВРО, база данни

Намаляването на раждаемостта, емиграционния поток и нарастването на смъртността сред активното население предизвикват сериозни **промени във възрастовата структура** на населението, които намират израз в **демографското остаряване на нацията**, т.е. увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на възрастното население. През 1970 – 1998 г. населението на възраст от 0 до 14 г. намалява от 22,7 % на 20,4 %, във възрастта от 15 до 59 г. – от 62,4 % на 57,9 %, а населението на възраст над 60 г. нараства от 14,9 % на 21,7 %. Демографското остаряване сред селското население е значително по-изразено и селските жители над 60 г. през 1990 г. са 31,9 % от всички жители на селата. Тъй като възрастните хора са носители на повече от едно хронично заболяване /средно 3,2 на 1 човек над 65 г./, демографското остаряване променя значително структурата на здравните потребности на нацията и отправя определени изисквания към тяхното задоволяване.

Фигура 7. Възрастова структура на градското и селското население в България



Източник на данните: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

1.2. Заболеваемост

Регистрираната заболеваемост в амбулаторно-поликлиничните заведения от общ тип през 1998 г. по класове болести /Таблица 4/ показва значителното преобладаване на болестите на дихателната система /39,0 %/, следвани от болестите на нервната система и сетивните органи /12,1 %/, болестите на кожата и подкожната тъкан, на органите на кръвообращението, травмите и отравянията, болестите на пикочо-половата система и болестите на храносмилателната система. Тези класове болести формират 86,5 % от общата заболеваемост.

Таблица 4. Регистрирани заболявания в здравните заведения от общ тип през 1998 г. по класове болести.

№ на класа по МКБ IX ревизия	Класове болести	На 1000 население	Брой на случаите	Относителен дял %
Общо		1313,7	10846670	100
I.	Инфекциозни болести и паразитози	43,5	359269	3,3
II.	Новообразувания	9,7	80310	0,7
III.	Болести на ендокринните жлези на храненето обмяната и разстройства на имунитета.	22,9	189039	1,7
IV.	Болести на кръвта и кръвотворните органи	3,6	29562	0,3
V.	Психични разстройства	41,4	341825	3,1
VI.	Болести на нервната система и сетивните органи	158,5	1308239	12,1
VII.	Болести на органите на кръвообращението	128,9	1064459	9,8
VIII.	Болести на дихателната система	512,6	4232272	39,0
IX.	Болести на храносмилателната система	69,0	569995	5,3
X.	Болести на пикочо-половата система	82,2	678899	6,3
XI.	Усложнения на бременността, раждането и следродовия период	4,0	32948	0,3
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	81,6	673707	6,2
XIII.	Болести на костно – мускулната система и съединителната тъкан	46,2	381720	3,5
XIV.	Вродени аномалии	0,8	6244	0,1
XV.	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	0,0	77	0,0
XVI.	Симптоми, признаци и неопределени състояния	11,6	95998	0,9
XVII.	Травми и отравяния	97,2	802107	7,4

Източник на данните: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

Фигура 8. Регистрирани заболявания в здравните заведения от общ тип през 1998 г.



Източник на информацията: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

Таблица 5. Регистрирани заболявания в здравните заведения от общ тип по възраст на болелите.

(на 1000 от населението)

Година	Общо	Възрастови групи	
		0-14*	15+*
1980	1371,2	2035,7	1182,4
1985	1685,8	2788,6	1381,8
1990	1511,9	2655,4	1220,2
1995	1293,3	2396,0	1052,9
1996	1367,1	2068,0	1172,5
1997	1339,2	2319,7	1075,7
1998	1313,7	2382,6	1035,6

*От 1996 г. възрастовите групи са: 0-17 г. и 18+ г.

Източник на информацията: Министерство на здравеопазването, Национален център по здравна информация, Здравеопазване, Кратък статистически справочник - 1998 г., София, 1999

Следва да се отбележи, че заболеваемостта сред децата /от 0 до 14 г./, регистрирана през 1980 – 1997г., двукратно надвишава заболеваемостта сред по-възрастното население /Таблица 5/.

При анализа на заболяемостта изпъкват следните нови акценти:

- Туберкулозата. През 1980 – 1990 г. заболяемостта от туберкулоза /ежегодно регистрираните нови заболявания/ спада от 37,0 на 25,9 на 100 000 жители, а болестността /всички болни, стари и новорегистрирани/ намалява от 178,2 на 106,0 на 100 000 жители. От 1991 г. настъпва повишаване на заболяемостта /както и в редица други страни/, като през 1998 г. тя достига 49,8 , а болестността – 161,5 на 100 000 жители.
- Инфекциозните болести. През последните години се появяват епидемични взривове от вирусен хепатит, както и от дизентерия и ентероколити с неустановена етиология. Зачестяват зоонозите с бактериална, вирусна и паразитна етиология, главно поради бързото развитие на частното животновъдство и неконтролираното месопроизводство.
- Болестите, предавани по полов път. Значително се повишава броят на регистрираните болни от сифилис /385 през 1990 г. и 7 668 през 1997 г./ . У нас все още е ниска честотата на ХИВ-инфекцията /към 30.08.2000 г. броят на хората с ХИВ-СПИН е общо 303, от които 77 са заболели от СПИН, а 83 са починали/. Анализът показва, че 70% от серопозитивните са мъже, а 30% са жени. Преобладават заразените във възрастовите групи от 20 до 40 години, като най-засегнати са лицата от 21 до 30 г. Основният механизъм на предаване на инфекцията е сексуалния – около 90%, предимно хетеросексуален (около 70%), кръвен път – 6% и 1% по вертикален механизъм (майка-дете). Териториално най-голям брой серопозитивни са регистрирани в областите : гр. София, Бургас, Варна, Габрово, Пловдив и Стара Загора.
- Психичните заболявания. През 1986 – 1998 г. нараства броят на почти всички заболели, особено от алкохолни и наркоманни психози, синдром на алкохолна зависимост, шизофрения, маниакално-депресивна психоза, остри реакции на стрес и адаптационни реакции, психосоматични нарушения.

Едно по-особено внимание е необходимо и към:

- Заболяемостта с временна загуба на трудоспособност. Честотата на случаите на тези заболявания през 1983 – 1993 г. се колебае между 75,8 и 93,5 на 100 осигурени без някаква определена тенденция. От 1994 г. тя започва да нараства и през 1998 г. нейната честота е 131 случая на 100 осигурени. Наблюдава се колеблива тенденция към понижаване на средната продължителност на един случай. Най-честите причини са: остри инфекции на горните дихателни пътища, битови злополуки, хипертонична болест, болести на периферната нервна система, болести на опорно-двигателния апарат.
- Заболяемостта с трайна загуба на работоспособност /инвалидност/. Нейната честота се повишава от 4,14 през 1989 г. на 6,33 през 1993 г., за да спадне до 4,64 на 1000 осигурени през 1998 г. Причина за трайна загуба на работоспособност на повече от 184 от инвалидизираните /27,9 %/ са болестите на кръвообращението, следвани от новообразуванията /14,5 %/, болестите на нервната система /11,0 %/, психичните разстройства /9,3 %/, травмите и отравянията /8,8 %/.

1.3. Физическо развитие и дееспособност

Налице са редица данни за влошено физическо развитие и дееспособност, особено /а за този критерий е най-важно/ в младите възрастови групи. Основен проблем е наднорменото тегло, измервано чрез индекса на телесната маса /ИТМ, известен и като индекс на Кетле/, т.е. теглото в килограми към ръста в метри на квадрат /м²/. Нормалната телесна маса /без проблеми за здравето/

се смята при индекс между 20 и 35. Изследванията в някои райони у нас показват, че ИТМ – 20-35 имат 31,5 % от мъжете и 40,1 % от жените, ИТМ от 26 до 30 имат 47,1 % от мъжете и 30,0 % от жените, а с ИТМ над 30 са 19,8 % от мъжете и 21,4 % от жените. Установено е, че ИТМ нараства с възрастта, по-изразено сред жените, отколкото сред мъжете.

1.4. Рискови фактори и групи

Рисковите фактори създават условия и повишават вероятността от възникване на заболяване. Те са първични /начин на живот, неблагоприятна околна среда, генетични и други ендогенни влияния/ и вторични /някои болестни състояния с хронично протичане, които от своя страна създават условия за усложнения или други заболявания/. Данните за смъртността, заболяемостта и физическото развитие у нас кореспондират с наличността на редица рискови фактори.

1.4.1. Социално-икономически рискови фактори

Икономическите и социалните условия в страната пораждаат негативни или позитивни въздействия върху здравето както непосредствено, така и като засилват, отслабват или видоизменят въздействието на други рискови фактори.

Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални измерения. Рязкото влошаване на макроикономическите условия в началото на 90 –те години и тежката икономическа криза през 1996-97 г. съществено влошават жизнения стандарт на голям брой домакинства.¹ Например през 2000 г. почти 23% от населението може да се приеме за бедно.² Независимо от факта, че съобразно доходите бедността през 1997-2000 г. постепенно намалява³. След 1997 г. минималната заплата нараства почти 5 пъти, средната пенсия – 5 пъти, социалната пенсия – 3 пъти, гарантираният минимален доход – 4.5 пъти. Въпреки прираста обаче, равнищата на доходите остават ниски поради неадекватното им ниско равнище по време на финансовата криза през 1996-1997 г. Това се отразява и върху разходите в домакинските бюджети, голям дял от които са за храна.

Съществено значение за здравето има:

- Хроничната безработица. Броят на регистрираните безработни през 1997 г. е 534 100, т.е. около 13,7% от населението /15,0 % в градовете и 17,3% в селата/. Значителен дял /28 %/ са хората , които са без работа в продължение на три или повече години. Групата на безработните в продължение на две или три години е около 16,6 %. Безработните в продължение на една година са 57,6 % от общия брой. Най-силно засегната от безработицата е възрастовата група между 20-29 години /34,4 % или 183 960 души/. През 1998 г. броят на безработните намалява на 446 960, но относителният им дял се запазва на същото ниво.
- Намаляването на доходите на значителна част от населението. От 1990 г. доходите устойчиво намаляват и през 1997 г. отчетеното намаление на реалните доходи е над две трети в сравнение с началото на десетилетието. В края на 1997 г. доходите на 65,6 % от населението са под социалния минимум, а около половината от населението живее на границата на жизнения минимум.

¹ ООН. България 2000. Обща оценка за страната. С., 2000, с. 21-22

² ПРООН. Стратегическа рамка на план за действие за намаляване на бедността в България, 2000-2005 гг.С., 2000, с.7

³ ПРООН. Национален доклад за човешкото развитие, България 2000 г. Мозайката на общините. С., ПРООН, 2000, с.17

- Влошената структура на разходите. Анализът на разходите на домакинствата отразява общия спад на доходите. Населението се категоризира като “бедно”, когато повече от 40 % от приходите на домакинството се изразходват за храна. Делът от общите доходи на домакинствата, изразходван за храна, се е повишил от 31,6 % през 1990 г. до 59,7 % през 1997 г. В края на 1997 г. пенсионерите са изразходвали за храна повече от 64,2 % от общите си доходи.
- Влошената структура на потреблението. Потреблението на храни отразява нарастващите икономически ограничения. Средната консумация на мляко, пресни плодове и картофи, например, е под препоръчителните физиологични изисквания. През последното десетилетие месечното потребление на пресни плодове е намаляло наполовина - от 1,7 до 0,8 кг на глава от населението. Регистрираното намаление на консумацията на месо и месни продукти е от 1,3 до 0,7 кг месечно на глава от населението, докато за млякото тези стойности са от 2,2 до 1,2 кг.

Според различните данни, 2/3 от децата в бедни семейства са боледували по няколко пъти през зимата на 1999/2000 г., а 2/3 от тези семейства не са водили децата си на профилактични медицински прегледи. Обаче в семейства, които не могат да се определят като “бедни” (тоест не попадат в мрежите на социална защита) са боледували 49 % от децата, а само 7 % от тези семейства не са водили децата си на профилактични медицински прегледи.¹ Влиянието на бедността върху здравето кореспондира и с редица данни за нездравословното хранене и битовите условия на хората с ниски доходи²

1.4.2. Начинът на живот

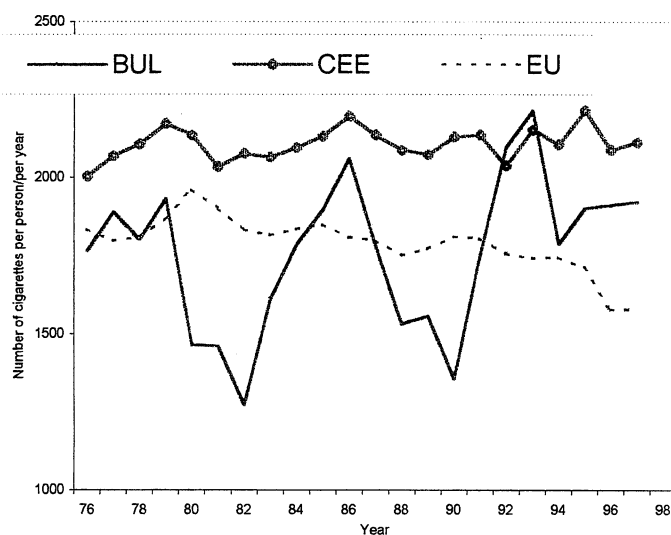
Общо взето той определя /в зависимост от възрастта и пола/ 40-53 % от състоянието на човешкия организъм /позитивно или негативно по отношение на здравето/. По отношение на някои заболявания начинът на живот има значително по-изразено влияние: при чернодробна цироза – в 70 % от случаите, при съдови поражения на мозъка – в 65 %, при исхемична болест на сърцето - в 60 %. По-важните негативни фактори, свързани с начина на живот са:

- Тютюнопушенето: основен фактор за сърдечно-съдовите заболявания с доказана причинна връзка с атеросклерозата. Рискът от сърдечни заболявания при пушачите е 1,5 до 3 пъти по-висок, а вероятността от исхемични инсулти и субарахноидални кръвоизливи на мозъка при пушачи е 2 до 4 пъти по-голяма. Потреблението на тютюневи изделия в България нараства ежегодно. Относителният дял на пушачите-мъже / 49,0 % през 1996 г./ остава без промяна през последните години, но е най-високият в Европа. Делът на пушачите жени е нараснал от 10,7 % през 1980 г. на 23,8 % през 1996 г. Ограничителните мерки по отношение на продажбата на цигари и забраната на тютюнопушенето на определени места не дават очакваните резултати.
- Злоупотребата с алкохол: рисков фактор за артериална хипертония, мозъчен инсулт, някои локализации на тумори, инциденти и травматични увреждания, чернодробна цироза. Делът на системните потребители на алкохол във възрастта над 15 г. през 1986-1996 г. нараства: за мъжете – от 76,4 % на 81,5 %, а за жените – от 33,6 % на 49,9 %. По експертни оценки броят на злоупотребяващите с алкохол в България е 280 000 – 300 000 души.

Фигура 9. Консумация на тютюневи изделия в България и други страни.

¹ ПРООН/УНДЕСА/Световна банка. Социална оценка на грижите за децата в България. Юли 2000

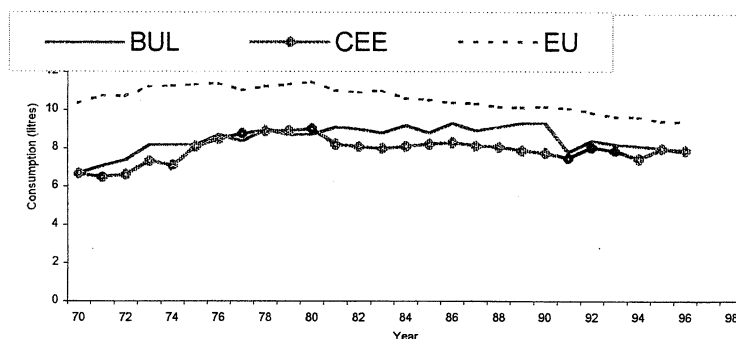
² ООН. България 2000. Обща оценка за страната. С., 2000, с. 42-44 и 70-71



Източник на информация: СЗО-ЕВРО, база данни

- Злоупотребата с наркотични вещества:** сериозен рисков фактор с тежки последици за индивида, семейството и обществото, който довежда до понижаване качеството на живота, преждевременна смърт /инфекции, СПИН, хепатит, предозиране/, деформирани семейни връзки и хроничен стрес за членовете на семейството, престъпност, понижаване на интелектуалния потенциал, увреждане на генетичния фонд на нацията. Според експертни оценки у нас през 1990 г. има около 2 000 зависими от хероин и други наркотици и около 40 000 зависими от психотропни медикаменти. Според предварителни проучвания през 1986 – 1996 г. в 10-те най-големи градове на страната възрастта, в която за първи път се опитва наркотик, е спаднала от 18 на 16 г. Почти 23 % от учениците между 14-18 г. в тези градове са пробвали психоактивни вещества.

Фигура 10. Консумация на алкохол в България и Европейските страни



Източник на информация: СЗО-ЕВРО, база данни

- Рисково сексуално поведение:** един от основните фактори, влияещ негативно върху сексуалното и репродуктивно здраве, а от там - върху цялостното благополучие на хората. Изследвания на поведението на младите хора показват съществено нарастване на рисковите сексуални практики. Индикатори за това са увеличената сексуална активност в

ранна възраст, висок процент (41%) сексуални контакти с няколко партньори, честа смяна на партньорите. Нараства дялът на младите хора, които *винаги* употребяват презервативи, но процентът на тези, които *не използват презервативи изобщо* остава непроменен (22-23%, сравнението е между 1995 и 2000 г.). Резултатите от това поведение са: от една страна - нежелана бременност в юношеска възраст, аборти по желание или ранни бракове и раждания (плодовитостта на жените във възрастта 15 –19 години за 1998 г е 45.1 на 1000), а от друга – полово предавани инфекции, хепатит В и С, ХИВ/СПИН.

- Нерационалното и небалансираното хранене: заема важно място в комплекса рискови фактори за здравето. Според международни проучвания България е сред 10-те европейски страни, чието население поема висококалорийна храна. Основен дял в структурата на потреблението на хранителни продукти у нас заемат хлябът и животинските мазнини. Ниска е консумацията на /особено през зимата и пролетта/ храни, съдържащи защитни елементи /витамини и др./. Традиционно високо е потреблението на готварска сол, което вероятно има причинна връзка с високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания у нас.
- Ниската двигателна активност: увеличава риска от възникване на сърдечно-съдови заболявания /артериална хипертония, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест/, диабет, затлъстяване, някои туморни локализации. Тя е характерна за всички възрастови групи у нас. Според съществуващи данни /1998 г./ от някои локални проучвания /Великотърновска и Ловешка област/ над 80 % от населението над 15 г. води изключително заседнал начин на живот, с ниско физическо натоварване по време на работа /91,1 % за жените и 83,1 % за мъжете/ и ниска физическа активност в свободното време /88,7 %/. Редица изследвания и оценки показват, че около 2/3 от населението е с ниска физическа активност. Това обяснява последиците, наблюдавани още в младежка възраст /ювенилна хипертония, неврози, затлъстяване/.
- Психосоциалният стрес: повишава значително риска от появяване на артериална хипертония, атеросклероза, миокардни увреждания, внезапна сърдечна смърт, диабет, астма и редица психосоматични заболявания. Установена е наличност на психични травми у всеки тринадесети мъж
/7,5 % / и всяка десета жена /10,6 %/. Необходими са обаче редица изследвания за установяване на механизмите на възникване и справяне със стресовите въздействия, както и свързаните с тях промотивни и превантивни мерки.

1.4.3. Рискови фактори в околната среда

Факторите на околната среда обуславят около 17 до 20 % от уврежданията на здравето, но за някои болести имат по-изразено влияние: за транспортния травматизъм – до 27 %, за други злополуки – до 30 %, за белодробен емфизем – до 40 %, за пневмония – до 42 %.

Към рисковите фактори на околната и трудовата среда се включват: замърсяването на атмосферния въздух, водите и почвата, шумовото замърсяване, увреждащи здравето фактори в условията на труда.

В промишлените райони и големите градове на България замърсяването на въздуха е еквивалентно с това на западноевропейските страни през петдесетте и шестдесетте години. Около 11% от територията на страната и около 40 % от населението ни живее в условията на изключително високо промишлено замърсяване. Замърсени са повече от половината от

селскостопанските земи. През 1990 г. 79% от общата дължина на речната мрежа се състои от замърсени води.

Имайки предвид голямото влияние на околната среда върху здравето на нацията, Световната здравна организация /СЗО/ включи България сред шестте пилотни страни за разработване на Национален план за действие по околна среда и здраве /НЕНАР/ в Европа. Недостигът на средства обаче стана основна пречка пред усилията за овладяване на рисковите екологични фактори. Независимо от факта, че през периода 1990 – 1994 г. разходите за опазване на околната среда са нараснали 10 пъти в абсолютна стойност /от 528,0 до 5 609,8 милиони лева/. Техният дял от брутният вътрешен продукт е спаднал от 1,2 до 1,0 %. Добра инициатива в това направление бе създаването през 1995 г. на Национален доверителен фонд за опазване на околната среда, попълван чрез суапови сделки “дълг срещу опазване на околната среда”. Друг Национален фонд за опазване на околната среда е създаден към Министерство на околната среда и водите.

Независимо, че и преди 1989 г. хигиенните неблагоприятия са често явление, след 1990 г. се отбелязва нарастване броя на производствените обекти с нарушени хигиенни норми /през 1997 г. 65 % от подлежащите на проверка производства не са отговаряли на необходимите изисквания/. Най-сериозни са нарушенията по отношение на въздуха в помещенията, токсичните вещества и осветлението, т.е. фактори, свързани с потреблението на все по-скъпи енергийни източници. Случаите на трудови злополуки са нараснали от 8,9 на 1000 работника през 1989 г. до 13,7 през 1996 г. През 1997 г. Парламентът прие Закона за здравословни и безопасни условия на труд, стимулиращ работодатели и работници за поддържане на здравословна работна среда. В същия контекст се създадоха и службите по трудова медицина, които ще работят за намаляване на професионалните заболявания и отравяния.

1.4.4. Генетични рискови фактори

Генетичните рискови фактори имат съществена роля за появяването на известните наследствени заболявания, но също така и за заболяванията на органите на кръвообращението /атеросклероза, хипертонична болест, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест/, онкологични заболявания, диабет и други, които оказват влияние върху здравето състояние на нацията.

Независимо от това, понастоящем у нас няма обективна оценка на влиянието на генетичните фактори върху здравето на българските граждани.

1.4.5. Вторични рискови фактори

Те са обусловени от първични въздействия /наследственост, начин на живот, околна среда/ и представляват нарушения на здравето, които повишават вероятността от настъпване на други заболявания. Това са:

Артериална хипертония: рисков фактор за атеросклероза, мозъчно-съдова болест на сърцето и други сериозни заболявания. На свой ред, артериалната хипертония се обуславя от наследствена обремененост, възрастови изменения, затлъстяване, прекомерна консумация на сол и системна злоупотреба с алкохол. През последните години артериалната хипертония е разпространена сред 12-16 % от населението, с нарастващ дял сред по-младите възрастови групи. Над 400 000 лица, страдащи от хипертония, не се лекуват или получават неадекватно лечение. По този начин високият брой и тенденцията за нарастване на артериалната хипертония имат пряко влияние върху профила на заболяемостта и смъртността на населението.

Диабет: освен че е носител на характерна патология, е рисков фактор за атеросклероза, исхемична болест на сърцето и мозъчно-съдова болест. Болестността от диабет сред мъжете е 1,74 %, а сред жените – 2,08 %. Това е десетократно увеличение в сравнение с данните за периода 1946 – 1980 г., през който болестността е била относително стабилна. Понастоящем броят на диабетно болните е около 150 000 души. Около една четвърт от диабетците и една трета от диабетичките страдат също от систолна хипертония и клинично проявено затлъстяване.

Затлъстяване и наднормено тегло: също представляват важни рискови фактори за болестите на сърдечно-съдовата система, храносмилателната система, опорно-двигателния апарат, както и за диабет, подагра и някои новообразувания. Независимо че умереното наднормено тегло носи относително малък риск, броят на лицата с такова тегло е значително по-висок в България /57,5 % от мъжете и 54,0 % от жените или общо 3 650 000 души/ в сравнение с другите европейски страни. Сред населението в страната със затлъстяване са 10,9 % от мъжете и 16,2 % от жените. Относително по-слабо засегнато е населението в селските райони. Делът на служителите със затлъстяване е около 75 % от общия брой на страдащите от наднормено тегло.

1.4.6. Рискови групи

Като "рискови групи" означаваме онези общности от населението, които поради своя социален статус са изложени на по-силно влияние от страна на рисковите фактори:

- **Хората с ниски доходи.** Според "Профилът на бедността в България" ¹ най-голяма вероятност за живеят в бедност имат:

¹ ПРООН. Стратегически план за действие за намаляване бедността..., с.7

- жителите на селски райони, особено ако са по-отдалечени от градове,
- представители на етнически общности, като роми и турци,
- живеещи в големи домакинства или домакинства с много деца,
- продължително безработните,
- хора с ниска квалификация и образование,
- пенсионерите.

Критериите в този профил отговарят на действителността, обаче, следва да се има предвид, че един и същи гражданин се включва в няколко категории.

Така напремир, голяма част от гражданите от ромски произход живеят в селски райони, в големи домакинства, имат ниска квалификация и образование и са продължително безработни. Заедно с това, застрашени от бедност са и хората с увреждания, голяма част от които имат ниски пенсии и затруднен достъп до трудова заетост. Поради това, от гледна точка на рисковете за здравето, етническите общности и някои други групи от населението следва да се разглеждат отделно.

- **Етнически общности.** Поради липса на регистрация на здравните показатели по етнически групи, оценката на здравето на гражданите от тези общности е трудна. Различни оценки показват, че около 71% от ромите са без работа, като времето на безработица е средно около 3 години. Почти 2/3 от ромските семейства получават социални помощи, обезщетения за безработица или пенсии, които са основни пера в домакинските им бюджети¹. Над 1/3 от ромските деца се хранят под 3 пъти дневно. Месото, млякото и плодовете са недостатъчни в бедните семейства, особено в ромските².

От всички групи на населението ромите в най-голям процент (до40%) заявяват, че не посещават болница, 1/3 посочват, че не посещават амбулаторни лечебни заведения, а 55% - че не посещават стоматолог. Близко 50% от ромите не посещават лекар и предпочетат да се лекуват сами. Здравните заведения остават трудно достъпни за тях поради отдалечеността им и липсата на участие в регулиращите структури на осигуряваните услуги³.

- **Хора с увреждания.** Хората с увреждания са от различни възрастови групи, но значителна част от тях попадат в зоната на бедността с всички произтичащи от това здравни последици.

Така очертаните рискови групи представляват онази част от населението към която с най-висок приоритет следва да се ориентират специфични мерки за поддържане и възстановяване на здравето, без обаче по този начин да се ощетяват останалите граждани на страната. Мерките в това отношение са разгледани в част V на Националната здравна стратегия.

¹ ПРООН/УНДЕСА. Социалната интеграция на ромите. С.,:НПО. “Информационен център против бедността”, 2000

² ООН.България. Обща оценка за страната. 2000., с.43

³ Център за изследване на демокрацията. Социалните последици от въвеждането на валутен борд. С., 1999

Тъй като тези данни засягат един много кратък период ще бъде преждевременно да се тълкуват като дефинитивно преустановяване на негативните тенденции или като постигане на устойчиви резултати. Те обаче са признак, че негативните процеси по отношение на здравето на нацията могат да бъдат преодоленни.

Глава втора

СЪСТОЯНИЕ НА СИСТЕМАТА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Многофакторната обусловеност на здравето (екзогенни, т.е. външни фактори; ендегенни, т.е. вътрешни, генетични и други фактори; етогенни, т.е. поведенчески фактори) предопределя необходимата на обществото и индивида функция за опазване и възстановяване на здравето да се осъществява чрез медицински и немедицински (икономически, социални, инженерни, технологични, образователни) дейности, координирани, финансирани и управлявани по съответен начин. Поради това здравеопазването представлява система, съставена от три части:

- Първа част – медицински компоненти /функции, дейности, институции/ за промоция на здравето, профилактика на болестите, диагностика, лечение, рехабилитация, както и за научни изследвания и подготовка на медицински персонал. С термина “здравеопазване” обикновено се означава тази част от системата;
- Втора част – партньори от други сектори /включително неправителствени организации/: икономически, социални, инженерни, технологични, образователни, обществени комуникации;
- Трета част – система на координация, финансиране и управление.

Здравеопазването изпълнява две основни функции: /а/ промотивно-превантивна, насочена към укрепване на здравето и предотвратяване на заболяванията и /б/ лечебна, насочена към възстановяване на здравето. За тяхното изпълнение е необходимо да се осъществява: лекарствоснабдяване, подготовка на персонал, научноизследователска дейност, инвестиционна дейност и управление, координация и финансиране на системата.

Ще анализираме системата на здравеопазването и с оглед на дълбоките и сериозни промени, които настъпват в нея от 1997 година насам.

2.1. Необходимост от промени

От гледна точка на персонал и материална база България разполага със здрава мрежа, покриваща територията на цялата страна. От гледна точка на мисията на една здравеопазна система и изпълнението на произтичащите от нея функции, здравеопазването в нашата страна се характеризираше до 1997 г. с редица негативни отклонения. Главните от тях са следните:

2.1.1. Нарушаване на основните баланси на системата:

- **Между търсене и предлагане.** Здравеопазната система в нашата страна (както и в другите страни със “социалистическо здравеопазване”) беше ориентирана главно към “предлагане” на здравни услуги, без предлагането да е добре балансирано с “търсенето”. Поради това развитието на здравеопазването следваше през цялото си “социалистическо” развитие линия на планово количествено нарастване, съпроводено със значителни разходи, които не се оправдават от “търсенето” на здравни дейности. Насочени към “предлагането”, ресурсите на здравеопазването се оказаха недостатъчни за постигане на адекватно качество на медицинската помощ и другите здравни дейности.

Недостатъчното използване на ресурсите породи абсурдни положения в периода 1980 - 1997 г.:

В системата на извънболничната помощ: годишният брой на посещения на 1 заета длъжност участъков терапевт намалява от 5868 през 1980 г. на 3758 през 1995 г., а при участъков педиатър – съответно от 5499 на 3699. През същия период броят на посещенията при лекар в селските здравни служби намалява от 4610 на 2834, а при стоматолог – от 2801 на 1932. Независимо от това, през 1980 – 1995 г. броят на участъковите терапевти нараства от 1116 на 1502, на участъковите педиатри от 1050 на 1206, а на селските участъци /в които има и стоматологичен кабинет/ - от 898 до 1031.

В системата на болничната помощ: през 1980 – 1995 г. използваемостта на леглата в Обединените районни болници намалява от 324 на 238 дни, а на общинските болници – от 304 на 222 дни. През същия период броят на хоспитализираните в Обединените районни болници намалява от 570 369 на 540 572, а в общинските болници – от 549 858 на 449 124 души. Обаче през същия период броят на болничните легла в обединените районни болници се увеличава от 24 677 на 28 917, а в общинските болници – от 23 735 на 24363 легла.

Болничното легло е инструмент за лечение и част от медицинската технология. Около 62 % от разходите за едно болнично легло са постоянни разходи, които се извършват независимо дали на леглото има пациент или няма. За да бъде ефективно, болничното легло трябва да се използва не по-малко от 300 дни в годината (80-85 % от календарните дни). Издръжката на едно болнично легло средно за 1995 г. е била 160 295,30 лева, а дневната издръжка – 534,30 лева. При незаеетост около 70 дни годишно, неефективно изразходваните средства само за едно легло са 37 401 лева, а за всичките легла на обединените районни и общински болници /общо 53 280/ този неефективен разход възлиза на 19 927 252 лв.

- **Между “обществен” и “частен” сектор.** Следвайки социалистическата доктрина, частният сектор и в здравеопазването /след неговото “социалистическо преустройство” през 1950 г. и национализирането на частно притежаваните ресурси/ беше подложен на негласна дискриминация, докато през 1973 г. частната медицинска практика беше напълно забранена. Частният сектор в здравеопазването обаче /наред с обстоятелството, че е гражданско и професионално право на медицинските специалисти/ има съществена роля за развитието на цялата здравеопазна система. Неговото премахване внесе сериозни смущения в системата. Важна стъпка беше възстановяването на частната медицинска практика /1991 г./, но възстановяването на необходимия баланс между “частен” и “обществен” сектор реално става при промяна на финансирането на здравеопазването: чрез Закона за здравното осигуряване /1998 г./ и Закона за лечебните заведения /1999 г./
- **Между превантивно-промотивна и лечебна дейност.** Въпреки провъзгласения при “социалистическото преустройство” на здравеопазването /1950 г./ приоритет на профилактиката, през десетилетията на социалистическото управление развитието на профилактичните дейности значително изостана от това на лечебния сектор. Създаването на системата на Държавния санитарен контрол и на мрежата от хигиенно-епидемиологични инспекции бе добро постижение, но то не се изпълни с необходимото съдържание. Профилактиката се превърна в лозунг и формално задължение, а поради това – с ниска ефективност. Нейните резултати се ограничиха в борбата със заразните болести и някои паразитози, както и с някои отделни заболявания /силикоза/. Не се получи широко разгръщане на профилактична дейност в условията, присъщи на гражданското общество. Не се извършваше системна промоция на кръводаряването като хуманен, доброволен и безвъзмезден акт на милосърдие и гражданска солидарност, в резултат на което хората, които даряват кръв драстично намаляват и трансфузионната система е изправена пред сериозни затруднения.

За разлика от превантивно-промотивните дейности, приоритетно място зае лечебният сектор, в много отношения над реалните потребности, главно поради стремежа да се увеличава “предлагането” на лечебни дейности, без оглед на тяхното качество.

- **Между извънболничната и болничната помощ и между първичната и специализираната помощ.** Основен приоритет у нас през изминалите десетилетия имаше болничната помощ за сметка на извънболничната, особено на първичната здравна помощ. За хипертрофираното развитие на болничната помощ в България са показателни данните за броя на болничните легла в някои други европейски страни /Таблица 7/.

Таблица 7. Брой на болничните легла на 100 000 жители в някои европейски страни / данните са за 1995 г. /

България	1061,0	Холандия	542,0
Средноевропейски страни	773,0	Португалия	434,9
Австрия	930,8	Швеция	608,2
Дания	502,8	Швейцария	887,5
Ирландия	376,7	Турция	346,5

2.1.2. Структурни несъответствия

От една страна, главно поради нарушените баланси в здравеопазването съществуват ненужни, дублиращи се или хипертрофирани структури, а от друга страна – липсват такива, които да съответстват на потребностите на гражданите и мисията на здравеопазването.

В продължение на четири десетилетия едно от структурните несъответствия беше дублирането на териториалната здравна мрежа със звената на т.н. “работническо здравеопазване”. Решаването на този проблем стана чрез създаването на службите за трудова медицина съгласно Закона за здравословни и безопасни условия на труд /1997 г./ и Наредба № 14 за службите по трудова медицина /1998 г./.

Проблемите с наличните дублиращи се, нерационални или излишни звена в лечебните заведения се решават радикално с предоставянето на относителна самостоятелност на заведенията в лечебната мрежа и разширяване на тяхното самоуправление.

2.1.3. Защита на правата на гражданите

Основните права на гражданите, свързани с тяхното здраве нормативно са гарантирани от Конституцията на Република България, както и от Закона за народното здраве, Закона за здравно осигуряване, Закона за лечебните заведения и от Националния рамков договор. Независимо от това проблемът за защита на гражданските права по отношение на здравето и здравеопазването не може да се смята за решен. Основни акценти в това отношение са:

- **Неравнопоставеност** по отношение на достъпа до ресурсите на здравеопазването. Лекарската помощ за населението в малките населени места /главно възрастни хора// е

трудно достъпна. Налице са редица диспропорции в разпределението на здравните ресурси в различните географски райони на страната. Съществува неравномерно спрямо потребностите струпване на медицинска техника и апаратура в определени центрове, независимо от общо взето остарялото медицинско оборудване /по експертна оценка ¾ от медицинското оборудване е по-старо от 20 години/.

Неравнопоставеността се утежнява и от нерегламентираното плащане от страна на пациентите на определени видове медицински услуги. Проучване през 1994 г. показва, че 43 % от анкетираните са заплатили в брой през предшестващите две години за оказани безплатни здравни услуги в публични здравни заведения. Проучване в 1998 г. показва, че вече 51 % от анкетираните са заплащали на лекар или стоматолог за услуги, които по регламент са безплатни.

- **Неудовлетвореност** от оказаната помощ. Проучването през 1998 г. показва, че 77% от анкетираните са неудовлетворени от помощта в публичните здравни заведения /включително 28 % абсолютно неудовлетворени/ поради липса на качество, на внимание от страна на персонала, на консумативи, както и поради голяма загуба на време. Същевременно неудовлетворените от частните здравни заведения са 27 % /включително 7 % абсолютно неудовлетворени/. Представителното за страната проучване през 1996 г. показва, че според 67 % от анкетираните лекарят не обръща достатъчно внимание на проблемите им, 62 % смятат, че нямат възможност да говорят с лекаря по личните си проблеми, 48,1 % намират, че лекарят не им дава достатъчно информация за здравословния начин на живот, според 36 % лекарят не отделя достатъчно време за преглед или консултация. При едно допустимо обобщаване на цитираните анкетни данни проличава, че неудовлетвореността в една или друга степен или отношение винаги е във връзка с качеството на оказваната помощ.
- **Специфичните проблеми на малцинствените групи** са свързани главно с дефекти в равнопоставеността на медицинската помощ, но също така и с етнокултурни особености. Специфичните проблеми на етническите групи у нас не са достатъчно проучени и съществуват само частични данни за тях. Според представително за страната проучване /1996 г./ през периода 12 месеца преди анкетата не са посещавали здравна служба 65,2 % от ромската общност, 58,8 % от българските турци и 50,0% от други етнически групи, докато от българското население тази посещаемост е 47,5 %. Анкетираните от ромската общност прибегват и по-често до самолечение с билки /36,3%/, отколкото българските турци /19,2 %/ и другите етнически групи /20 %/. Според експертни оценки негативните показатели за здравето на населението, особено детската смъртност, са по-изразени сред ромската общност. Във всички случаи етномедицинските проблеми на малцинствените групи изискват целенасочени проучвания и сериозни мерки.
- **Проблеми относно правата на пациента.** Поради особеното състояние, в което се намира, заболялият се нуждае от ефективна защита на неговите права и като пациент. Това е една област, която едва сега у нас се разработва, като най-пълно понастоящем е застъпена в Националния рамков договор /2000 г./.

2.1.4. Качеството на медицинската помощ

Това е един от най-съществените проблеми на здравеопазването, а и най-труден за дискутиране, поради липсата у нас на мониторинг на качеството. Като общ недостатък може да се посочи пълната липса на система за управление на качеството, включваща критерии и стандарти за

качество, програми за осигуряване на качеството, медицински протоколи и сравнителни обзори на качеството.

2.1.5. Изолирането на медицинските съсловия

След закриването на съсловните организации на лекарите, стоматолозите и фармацевтите /1949 г./, до 1990 г. съсловното организиране на лекари, стоматолози и фармацевти бе забранено. Техните съсловни съюзи бяха възстановени през 1990 г., а през 1998 г. - законово регламентирани със Закона за съсловните организации на лекарите и стоматолозите. Продължителното /40 години!/ елиминиране на най-влиятелните медицински съсловия оказва сериозно въздействие върху управлението и развитието на здравеопазването и върху развитието на медицинските професии. Едно от най-важните поражения в това отношение е принизяването или пълната загуба на чувството на **съсловна принадлежност**, свързано със защитата не само на материалните интереси на съсловието, но и на съсловната чест, достойнства и престиж. Изолирането на медицините съсловия от обсъждането и решаването на здравните проблеми на нацията доведе до отчуждаването им от начинанията и инициативите за обновяване на българското здравеопазване, възпрепятства приобщаването им към здравните потребности на нацията и към изискванията за високи качествени стандарти. Преодоляването на това отчуждаване е изключително сериозен проблем, от правилното решение на който в голяма степен зависи решаването на здравните проблеми на нацията.

2.1.6. Взаимодействие с партньорите

Взаимодействието с партньорите, както всичко в страната ни, така и извън нея – е задължително условие за решаването на здравните проблеми на нацията.

Един от основните дефекти на здравеопазването у нас до 1997 г., а и сега, е неговото до голяма степен ведомствено изолиране и недостатъчни връзки (освен по бюрократичните канали) с други ведомства, неправителствени организации и стопански кръгове. В здравеопазването липсваше добре разработена и целенасочена комуникативна политика, което допринесе както за отчуждаването на медицинските съсловия, така и на гражданите от целите на здравната реформа. Недостатъчно и спорадично се използваша неформални канали /конференции, семинари, съвещания/ за връзки с други ведомства и организации. Недостатъчно се партнираше с неправителствени организации, чиято дейност има отношение към здравеопазването.

2.1.7. Управление и финансиране на здравеопазването

След национализацията в областта на здравеопазването (1946-1949 г.) до 1991 г. **собствеността** на здравните ресурси бе държавна. Със "социалистическото преустройство" на здравеопазването от 1950 г. се премахна системата на здравно осигуряване и се въведе **централизирано** държавно управление и финансиране на цялата здравеопазна система. Свободният избор на лекар и лечебно заведение бе заменено с административен избор (участъкова система и административно райониране). По този начин през целия период от 1950 до 1990 г. българското здравеопазване представляваше система на социалистически **държавен монополизъм**.

Държавната монополистична здравна система постепенно и все повече се бюрократизираше, което е закономерна последица на всеки социалистически държавен монопол.

При централизираното управление и финансиране на здравеопазването всички дейности по регулирането на здравните и икономическите процеси се извършваха по административен път.

Липсваха механизми, чрез които да се обвържат вложените ресурси в здравеопазването с получените резултати. Управляваха се и се финансираха институции и здравни мрежи, а не междинни или крайни резултати с определено качество.

Едновременно с това, финансирането на здравеопазването се осъществяваше според т.н. "остатъчен принцип", т.е. след формирането на фондовете за производство, натрупване и потребление. Здравеопазването, свършено необосновано, се причисляваше към "непроизводствената сфера", тъй като според социалистическата икономика то не създава "национален доход" (въпреки, че създава брутен вътрешен продукт). Това доведе да принижаване на труда, а оттам – и на достойнството и престижа на лекари, стоматолози и други специалисти от тази сфера. Ниските трудови възнаграждения заедно със силната административна намеса и бюрократизирането на системата значително снижиха не само качеството, но и обхвата на оказваната медицинска помощ и другите здравни дейности.

В продължение на повече от четири десетилетия моделът на държавния контрол за обществено производство на здравни услуги исторически доказва своята непригодност.

Със Закона за местното самоуправление и местната администрация (1991г.) собствеността на лечебните заведения, с изключение на тези с национално значение (университетски болници и други), премина към общинските съвети, на които беше предоставено и тяхното финансиране (чрез субсидии от републиканския бюджет и със собствени средства). С изменението на Закона за народното здраве (1991 г.) беше премахната забраната за частна лекарска и стоматологична практика, а след това беше разрешено и откриване на частни аптеки. През 1996 г. бяха създадени и Районните центрове по здравеопазване като териториални органи на Министерството на здравеопазването.

Въвеждането на тези елементи на децентрализация на управлението и осигуряването на по-голям простор на частната собственост и инициатива обаче не промениха системата. В нея се запазиха основните механизми, преди всичко икономически, които осигуряваха нейното възпроизвеждане в онзи вид, който ѝ бе присъщ през предишните десетилетия. Това задълбочи както противоречията в самата система, така и понижаването на нейната ефективност.

2.1.8. Оценка

Анализът на отделните параметри на здравната система у нас недвусмислено аргументира необходимостта от промяна, която да обхване всички сектори на здравеопазването: както промотивно-профилактичните дейности и лечебния сектор, така и управлението и финансирането на здравеопазването. Във връзка с тази промяна вниманието следва да се насочи и към подготовката и квалификацията на персонала в здравеопазването (лекари, стоматолози, фармацевти, специалисти по здравни грижи), към специалистите по управление и икономика на здравеопазването, както и към развитието на стратегическите направления в научно-изследователската работа.

2.2. Осъществяване на промените

Имайки предвид влошеното и влошаващото се здравно състояние на нацията (и особено през последните две десетилетия) и сериозните недостатъци на здравната система в страната ни, от 1997 г. започна осъществяване на **радикална реформа** на българското здравеопазване.

2.2.1. Цел, ценности и принципи на здравната реформа

Главната цел и стратегически приоритет на здравната реформа в България е **подобряването на здравето на нацията**. Затова и девизът на националната здравна стратегия е “По-добро здраве за по-добро бъдеще на България”.

За преодоляването на негативните тенденции в здравето на нацията, изпълнението на тази главна цел изисква:

1. Създаване на условия за намаляване на детската смъртност.
2. Ограничаване на заболяемостта, смъртността и инвалидността от обществено-значими болести чрез разработване и изпълняване на здравни програми.
3. Ограничаване на рисковете за здравето и осигуряване на безопасност в работната среда.
4. Намаляване на рисковите фактори за здравето на хората в неблагоприятно положение.
5. Подобряване на психичното здраве на населението.

Ценностите, които са залегнали при формирането на здравната политика и осъществяването на изискванията на здравната реформа, са:

1. Плурализъм
2. Демократичност
3. Достъпност
4. Равнопоставеност
5. Солидарност
6. Споделена отговорност за здравето

Здравната политика се осъществява при спазването на определени принципи на реформата на здравеопазването:

1. Създаване на собствен модел на здравната система, в който се отчитат българските: история, култура, традиции, реалности, цели, интереси, ценности.

2. Социална ориентация на промените:

- гаранция за обща достъпност и качество на медицинската помощ за всички български граждани;
- система, основаваща се на европейските организационни традиции в здравеопазването;
- съпричастност към стратегията на Световната здравна организация “Здраве за всички през 21 век”.

3. Плурализъм и равнопоставеност на формите на собственост в здравеопазването: държавна, общинска, частна, смесена.

4. Пазарни механизми при разпределянето и управлението на ресурсите в здравеопазването:

- постигане на ефективност и ефикасност;
- създаване на конкурентна среда в здравеопазването;

- постигане на високо качество на медицинската помощ.
5. Свобода на частната инициатива в здравеопазването:
 - при финансиране на системата;
 - при оказване на медицинска помощ;
 - при инвестиране в здравеопазването.
 6. Разпределение на отговорностите за здравето на нацията между:
 - институциите;
 - обществото;
 - гражданите;
 - медицинските професионалисти.
 7. Непрекъснатост, последователност, прозрачност и обществено съгласие за процеса на промяна чрез участието на:
 - гражданите;
 - здравните професионалисти.

Тези принципи подчертават социалната ориентация, гражданското участие и общонационалния характер на здравната реформа.

2.2.2. Реформа на промотивно-превантивната дейност

Основните ресурси на тази дейност са съсредоточени в **Хигиенно-епидемиологичната служба (ХЕС)**, която се състои от 28 Хигиенно-епидемиологични инспекции (ХЕИ) – по една във всяка административна област. Мрежата на ХЕИ покрива цялата територия на страната и представлява добре структурирана организация с централизирано управление и финансиране от Министерство на здравеопазването.

През 1999 г. беше въведено функционално и структурно преустройство в системата на ХЕИ, по силата на което понастоящем те имат функциите на:

- специализиран орган на Държавния санитарен контрол;
- специализиран орган за координиране и провеждане на профилактични и противоепидемични мерки в областта на заразните и паразитните заболявания и при възникване на епидемии;
- специализиран орган за профилактика и промоция на здравето;
- консултант по дейностите за опазване и укрепване на личното и обществено здраве.

С оглед на тези функции в ХЕИ са формирани пет оперативни структури: по Държавен санитарен контрол, по противоепидемичен контрол, по профилактика и промоция на здравето, по лабораторни изследвания и по организационно-информационна дейност.

Дейността на тези структури се подпомага от изследователските и консултативни функции на четири Национални центрове: по обществено здраве; по хигиена, медицинска екология и хранене; по заразни и паразитни болести и по радиология и радиационна защита.

Промотивно-профилактичната дейност в ХЕС включва и изпълнението на няколко национални/свързани с международни/ програми: Програма за борба с хроничните неинфекциозни заболявания (СИНДИ); Програма "Училища, утвърждаващи здраве"; Програма "Болници, утвърждаващи здраве"; Програма "Профилактика на полово предаваните болести" (включваща и СПИН); Програма "Контрол на тютюнопушенето, алкохолната зависимост и наркоманиите". При изпълнение на тези програми стремежът е максималното привличане на неправителствените организации и обществеността.

Една година след старта на реформата в Хигиенно-епидемиологичната служба анализите показват редица **позитивни ефекти**, свързани преди всичко с:

- разширяване функциите на хигиенно-епидемиологичните инспекции и обхващане на здравните проблеми в техните причинни връзки;
- овладяване и по-пълно прилагане на програмния подход в решаването на здравните проблеми в съответните области;
- повишаване качеството на лабораторния контрол и извеждането на лабораторните звена до равнището за акредитиране;
- осигуряване на системен радиационен контрол и спазване на нормите за индивидуални дози на облъчване.

Едновременно с това хигиенно-епидемиологичната служба показва и редица **нерешени проблеми**, които следва да се имат предвид в стратегията за нейното бъдещо развитие:

- Сериозен стратегически проблем е реалното развитие на хигиенно-епидемиологичната служба като орган по опазване на общественото здраве. Това е свързано с по-нататъшното разширяване на нейните функции и тяхното развитие към цялостното обхващане на обществено-здравните проблеми и координиране на тяхното решаване;
- Преодоляване на недостатъчното взаимодействие и партньорство на ХЕИ с други държавни органи, местното самоуправление и неправителствените организации;
- Преодоляване на недостатъчната ефективност и качество на държавния санитарен и противоепидемичен контрол, главно поради субективни причини (ниска възискателност на контролиращите органи) и налични обективни условия (недостатъчна подготовка и умение на персонала при организирането на интегрирана контролна дейност). Във връзка с противоепидемичната дейност съществуват проблеми по взаимодействието с лечебните заведения по отношение на профилактиката и контрола на заразните болести, имунопрофилактиката и борбата с вътреболничните инфекции.

2.2.3. Реформа на лечебната дейност

Промените в областта на лечебната дейност са радикални и изключително сериозни. В тези промени най-силно се отразяват изискванията и принципите на здравна реформа в страната ни. Чрез тази реформа се защитават правата на гражданите по отношение на медицинската помощ, правата на пациентите в лечебните заведения, правата на медицинския персонал, осъществяващ здравни грижи.

Реформата на лечебната дейност се извършва по законодателен път с приемането от Народното събрание на три закона:

- Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ) през 1999 г.;
- Закон за здравното осигуряване (ЗЗО) през 1998 г.;
- Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (ЗСОЛС) през 1998 г.

Чрез тези закони се регламентира организацията на медицинската и стоматологичната лечебна помощ. Реформата на лечебната дейност се осъществява на два етапа: от 1 юли 2000 г. на извънболничната медицинска и стоматологична помощ, успоредно с подготовка за реформа на болничната помощ, която реално трябва да стартира от 1 юли 2001 г.

От 1 юли 2000 г. **извънболничната помощ** в страната ни се осъществява от лечебни заведения за първична медицинска помощ (ПМП) и за специализирана извънболнична медицинска помощ (СМП).

Лечебните заведения за **първична медицинска помощ** са индивидуални и групови практики за медицинска или стоматологична помощ, а лечебните заведения за **специализирана извънболнична помощ** са:

- индивидуални и групови практики за специализирана медицинска или стоматологична помощ;
- медицински център, стоматологичен център и медико-стоматологичен център;
- диагностично-консултативен център /ДКЦ/;
- самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

Лечебните заведения за болничната помощ са многопрофилни и специализирани болници, които могат да бъдат: за активно лечение, за долекуване и продължително лечение, за рехабилитация. Според обслужваната територия болниците могат да бъдат: районни, междуобластни и национални.

В категорията на лечебните заведения спадат и: Центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП), Центровете за трансфузионна хематология (ЦТХ), диспансерите, Домовете за медико-социални грижи и Хосписите.

Териториалното разположение на публичната лечебна мрежа в страната и планирането на нейното развитие се регламентира с разработването на **Национална и Областни здравни карти**, които се актуализират на всеки 5 години. Те съдържат броя на различните видове публични лечебни заведения в отделните териториални единици /области и общини/. Тези заведения трябва да сключат договор с Районните здравноосигурителни каси за оказване помощ на съответното население.

Законодателно е разпоредена **равнопоставеността** на публичните /държавни и общински/ и частните лечебни заведения.

Основната характеристика на реформата в системата на лечебната помощ е **радикално промененият правен статут на собствеността на лечебните заведения:**

- индивидуалните практики за първична и специализирана медицинска и стоматологична помощ са собственост на съответните лекари и стоматолози;
- **груповите практики** за първична и специализирана медицинска и стоматологична помощ, медицинските, стоматологичните и медико-стоматологичните центрове, диагностично-консултативните центрове, самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории и **хосписите** се учредяват като търговски дружества

или кооперации, като при необходимост такива лечебни заведения могат да се създават като дружества с ограничена отговорност или акционерни дружества от държавата и общините - самостоятелно или съвместно с други лица;

- **лечебните заведения за болнична помощ, домовете за медико-социални грижи и диспансерите** се учредяват от държавата и общините, от юридически и физически лица като търговски дружества или кооперации;
- **собственост на държавата** остават: центрове за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, предназначени за медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, както и лечебните заведения към някои министерства /на отбраната, на вътрешните работи, на транспорта, на правосъдието/.

По този начин се премахва господстващия половин столетие държавен монополизъм върху ресурсите на лечебната помощ, който беше основа и източник на преобладаваща част от неблагоприятията в здравната система. Едновременно с това се формират и главните условия за професионална инициатива и изявяване на лекари и стоматолози.

Друга важна характеристика на промяната в лечебната помощ е регламентирането на **договорното начало** в отношенията между лечебните заведения и финансиращите органи в лицето на Националната здравноосигурителна каса /НЗОК/ и акционерните дружества за доброволно здравно осигуряване. Всички български граждани задължително са осигурени с определен пакет от медицинска помощ, който се заплаща от НЗОК. Оказването на медицинска помощ се осъществява от лечебните заведения по силата на договор между тях и поделенията на НЗОК – Районните здравноосигурителни каси (РЗОК). РЗОК заплащат на лечебните заведения извършената от тях медицинска помощ на осигурените по определени цени. Основните задължения на страните по договора, цените, режимът на заплащане и процедурите се определят в **Националния рамков договор**, който се сключва между НЗОК и представители на съсловните организации на лекарите и стоматолозите в страната.

Аналогични договори се сключват и между лечебните заведения и акционерните дружества за доброволно здравно осигуряване.

По този начин **финансовите постъпления** в лечебните заведения:

- **се обвързват** с количеството и качеството на извършената от тях дейност;
- **премахва се предишният начин на финансирането им**, при който не се държеше сметка за получаваните от тях междинни и крайни резултати;
- **подкрепя се** самостоятелността на лечебните заведения.

Третата характеристика е осигуряването на **автономията на потребителя**, на когото се гарантира правото на избор на лекар и стоматолог за първична помощ, както и правото на съгласие при избор на лечебно заведение за специализирана извънболнична помощ или за болнична помощ.

По този начин се премахва административния избор, чрез който значително се ограничаваха правата на гражданите да избират специалистите или заведенията за оказване на медицинска помощ.

Законово разпоредената самостоятелност на трите субекта в областта на лечебната помощ – потребител, лечебно заведение и финансиращ орган, заедно с въвеждането на договорни отношения, е основната предпоставка за формирането на **пазар на медицински услуги** с елементи

на конкуренция между лечебните заведения, което от своя страна ще бъде от интерес за потребителя.

Определено може да се изтъкне, че началото на новата система на извънболнична помощ от 1 юли 2000 г. е успешно.

До края на м. юни 2000 г. 87 % от пълнолетните граждани са направили своя избор на лекар за първична медицинска помощ (семеен лекар). От тези, които не са избрали дотогава семеен лекар, само 4 % заявяват, че нямат намерение да изберат такъв. 72% от гражданите приемат семейния лекар като пълноценен закрилник на здравето им. От избралите семеен лекар 72% вярват, че техният избор е правилен, 46 % са уверени, че качеството на медицинската помощ ще се повиши и само 4,8% смятат, че качеството ще се влоши ("Сова 5", представително за страната проучване, юни 2000 г.).

Към началото на новата система за извънболнична медицинска и стоматологична помощ имат сключени договори с териториалните поделения на НЗОК 98,38% от лекарите в първичната медицинската помощ, 109,50% от лекарите в специализираната помощ, 85,94 % от стоматолозите в първичната стоматологична помощ и 38,46 % от стоматолозите в специализираната стоматологична помощ (Таблица 8). Тези данни показват, че реформата в извънболничната помощ има съществена подкрепа от лекарите и стоматолозите в страната.

Радикалните промени в лечебния сектор пораждат две основни групи проблеми:

- развитието на реформата в извънболничната помощ, което изисква от една страна сериозна подкрепа от страна на здравната администрация и съсловните организации на лекари и стоматолози, а от друга страна – мониторинг и контрол на това развитие, и
- системна и последователна подготовка на реформата в болничната помощ.

Таблица 8. Брой на лекарски и стоматологични практики, диагностично-консултативни центрове, медицински и медико-стоматологични центрове в извънболничната помощ (към 31.07.2000 г.)

Видове лечебни заведения	Брой
Първична медицинска помощ	
Индивидуални и групови практики според Националната здравна карта	4950
Сключени договори с индивидуални лекарски практики	4015
Сключени договори с групови лекарски практики	141
Лекари в тях	855
Специализирана медицинска помощ	
Индивидуални и групови практики според Националната здравна карта	3860
Сключени договори с индивидуални лекарски практики	745
Сключени договори с групови лекарски практики	34
Лекари в тях	413

Диагностично-консултативни центрове	79
Лекари в тях	1877
Медицински центрове	160
Лекари в тях	1192
Диагностични лаборатории	47
Първична стоматологична помощ	
Индивидуални и групови практики според Националната здравна карта	5223
Сключени договори с индивидуални стоматологични практики	4343
Сключени договори с групови стоматологични практики	29
Стоматолози в тях	146
Специализирана стоматологична помощ	
Индивидуални и групови практики според Националната здравна карта	429
Сключени договори с индивидуални и групови стоматологични практики	10
Сключени договори със стоматологични центрове и медико-стоматологични центрове	31
Стоматолози в тях	155

Източник: Пресцентър на НЗОК, данни към 31.07.2000 г.

2.2.4. Реформа в производството и разпространението на лекарствените средства

До 1991 г. системата на производство и разпространение на лекарствени средства беше централизирана (на подчинение на Държавно аптечно обединение) и обхващаше аптечната мрежа, магазините за санитарни материали, специализираните складове и хранилища, както и вноса и дистрибуцията на лекарствени средства и санитарни стоки.

След 1991 г. започна процес на децентрализация и демонополизация и към 01.01.2000 г. в страната има 53 производители на лекарства, а разрешение за употреба в страната са получили 1220 лекарствени средства под международно непатентно наименование. От тях 183 са само българско производство, 220 са на български и чужди производители и останалите 817 са от чужди производители. Общият брой на търговците на едро е 350 с 527 склада, като от тях 134 фирми с 239 склада са с пълно разрешение и 216 фирми с 288 склада са с частично разрешение за търговия с лекарствени продукти. Понастоящем в страната има 2787 болнични, общински и частни аптеки.

Фармацевтичният пазар за 1999 г. възлиза на 288 570 017 лв., от които вносни продукти – 160 463 117 лв. / 55,61 % / и от български производители –

128 106 900 лв. / 44,39%/. Основни вносители на чуждестранни лекарства са 25 фирми, от които най-значими са Novo-Nordisk, F-Hoffman-La Roche, Janssen-Cilag, Biochemie, Bayer.

С приетия през 1995 г. Закон за лекарствените средства и аптеките в хуманната медицина /ЗЛСАХМ/ се създаде основата за реструктурирането на фармацевтичния сектор. Прие се и пакет от 32 подзаконов акта, които адаптираха постановките на над 10 европейски директиви и добри практики. По този начин в страната бе въведено специфично фармацевтично законодателство. Дефинирано бе как трябва да се извърши регистрацията, изпитването, производството, продажбата, вноса, предписването, отпускането, рекламата и съхранението на лекарствата.

Определени бяха и стандартите, на които трябва да отговарят употребяваните у нас лекарства, за да бъдат качествени, безопасни и ефикасни. Отговорностите за изпълнението, координацията и контрола по изброените дейности се извършват от Дирекция "Лекарствена политика" в МЗ и Националния институт по лекарствените средства.

Натрупаният опит и стремежът за по-пълно съответствие с европейското законодателство във фармацевтичния сектор доведоха до цялостна преработка на ЗЛСАХМ през 1999 г. и гласуването на Закон за изменение и допълнение на ЗЛСАХМ в Парламента през януари 2000г. В произтичащите от него подзаконов актове се отразяват конкретните изисквания на европейското законодателство към:

- **разрешаването за употреба на лекарствените продукти:** въвеждане на изискванията на Директиви 65/65/ЕИО, 75/318/ЕИО, техните поправки и четири допълнения- Директива 89/324/ЕИО за ваксини, токсини, серуми и алергени, 89/381/ЕИО за продукти, получени от човешка кръв и плазма, 93/41/ЕИО за високотехнологични лекарствени продукти, 92/738ЕИО за хомеопатични препарати;
- **изпитването на лекарствени продукти:** да отговаря на принципите на Добрата лабораторна и Добрата клинична практика;
- **цените и контрола на цените:** въвеждане на изискванията за прозрачност на мерките, регулиращи цените, залегнали в Директива 89/105/ЕИО. Държавата регулира цените чрез регистриране на пределни цени и за целта се създава Комисия по цените и лекарствата към МЗ и Комисия по прозрачност за одобряване, приемане и контролиране на списъците на лекарствените продукти, които могат да се изплащат частично или изцяло от държавния бюджет и от НЗОК;
- **производството на лекарствени продукти:** въвеждане на изискванията за разрешаване производството на лекарства, както и към управление на качеството, персонала, помещенията и оборудването, документацията, качествения контрол, възлагателното производство и анализ, отзоваването на продукти и самоинспекциите, залегнали в Директива 91/356/ЕИО;
- **търговията на едро:** принципите в тази област са въведени в Директива 92/95/ЕИО. Пълното съответствие трябва да бъде постигнато в процеса на осъществяване на здравната реформа;
- **класификацията на лекарствените продукти според начина им на отпускане /дефинирана в Директива 92/96/ЕИО/:** цели се уеднаквяване на начина на отпускане на лекарствените продукти във всички страни-членки на ЕС. Хармонизирането ще бъде постигнато чрез създаване на подзаконова нормативна уредба;
- **задължителните данни върху опаковките и листовите на лекарствените продукти /Директива 92/97/ЕИО/:** трябва да се постигне уеднаквяване на предлаганата на пациента информация, като се определят допълнителни изисквания към специфични групи

продукти /медицински изделия, ин витро диагностикуми, упойващи и психотропни, хомеопатични и др./;

- **рекламата** /Директива 92/98/ЕИО/: строго ще се регламентират правилата за рекламирането на лекарствените продукти за населението и медицинските специалисти.

Националният институт по лекарствените средства бе преобразуван (1999 г.) в Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ) към Министерство на здравеопазването като орган за надзор върху качеството, ефективността и безопасността на лекарствата. Някои от основните ѝ задачи са да издава разрешения за производство на лекарства, да прави предложение пред министъра на здравеопазването за издаване на разрешения за употреба и търговия на едро на лекарства, да извършва химико-фармацевтична експертиза и др.

2.2.5. Финансиране на здравеопазването

Със законодателните промени през 1998 – 1999 г. се създаде нова система за икономически (и финансови) отношения в здравеопазването, с по-широко разпределяне на финансовите задължения.

Държавата и общините, чрез консолидирания държавен бюджет, осигуряват финансирането на дейността на институциите, които са публична собственост:

- хигиенно-епидемиологични инспекции;
- центровете за спешна медицинска помощ;
- центровете за трансфузионна хематология;
- лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ;
- домовете за медико-социална помощ, предназначени за медицинско наблюдение и специфични грижи за деца;
- лечебните заведения към Министерски съвет и ведомствените лечебни заведения.

Службите по трудова медицина (т.1.4.2.) се финансират от съответните предприятия, а училищните здравни кабинети – **от общинските съвети**.

Задължително осигурените **граждани**, освен осигурителната вноска, заплащат за всяко първично посещение при лекар и стоматолог 1% от минималната работна заплата, а за всеки ден болнично лечение (но не повече от 20 дни годишно) по 2% от минималната работна заплата.

Финансирането на лечебната помощ за задължително осигурените граждани се извършва от **Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)**. В случаите, когато даден гражданин се осигурява доброволно в **акционерно дружество за здравно осигуряване**, в зависимост от осигурителния договор разходите за неговото лечение се поемат и от съответното осигурително дружество. Ако гражданинът постъпва по собствено желание в лечебно заведение (без насочване от неговия семеен лекар или специалист), той заплаща сам разходите за своето лечение.

Системата за здравно осигуряване и Националната здравноосигурителна каса, която е главният източник за финансиране на лечебната помощ, се създава със Закона за здравното осигуряване (ДВ, бр. 70 от 19 юни 1998 г.) и фактически започва да функционира като финансова институция от 1 юли 2000 г., когато започна изпълнението на договорите с лечебните заведения за извънболнична помощ (изпълнението на договорите с лечебните заведения за болнична помощ започва от 1 юли 2001 г.).

Разпределянето на финансовите задължения между държавата и общините, НЗОК и акционерните здравноосигурителни дружества, лечебните заведения и самите граждани представлява разпределяне и на отговорностите за здравето и здравеопазването, което е и едно от водещите начала на здравната реформа. Така се създават условия за **преодоляване на патерналистичната нагласа** и поведение за ограничаване на личната отговорност за здравето и за прехвърляне на тази отговорност и грижите за здравето изключително към държавата и нейните институции.

Няма съмнение, че въвеждането на нова система за финансиране, нови икономически отношения в здравеопазването, както и нов начин за разпределяне на финансовите отговорности, ще създаде и адекватни нагласи за по-рационалното и ефективно изразходване на ресурсите.

Независимо от това обаче, сериозен проблем остава общата ниска величина на разходите за здравеопазване в България. Сравнителните данни /Таблица 9/ показват, че разходите за здравеопазване в България са едни от най-малките в Европа. Поради това значителна част от

ефикасността на въведените нови икономически отношения не може да се реализира и се изгубва, тъй като те действат ефикасно, само когато средствата за здравеопазването са над известен праг.

Ограничеността във финансирането на здравеопазването предизвиква две сериозни последици.

Едната е неудовлетвореността на гражданите от медицинската помощ. Още от 1990 г. 64% от пациентите определят качеството на първичната и специализираната помощ като "лошо" и "много лошо". Като причини най-често се посочват лошата организация и загубата на време /69 %/, фаворизацията /66 %/, бюрократичното отношение /60 %/, лошата хигиена /60 %/, недостиг на лекарства и основни консумативи /66 %/. Тази картина не се е променила съществено до въвеждането на новата система за извънболнична помощ. Тя е във връзка и с намаляването на капиталните инвестиции в здравеопазването (5,8 % през 1990 г., 2,3 % през 1996 г. и 4,4 % през 1998 г.), което възпрепятства технологичното обновяване (според наличните данни $\frac{3}{4}$ от медицинската апаратура е по-стара от 20 години).

Другата последица е закрепването на т.нар. **неформални плащания в здравеопазването**. През 1994 г. 43 % от анкетираните граждани посочват, че през предшестващите две години са заплащали за безплатни здравни услуги в публични здравни заведения. През 1998 г. броят на гражданите, които са заплащали за формално безплатни медицински услуги нараства до 51 %. В редица болници пациентите насят със себе си постелно бельо и биват принуждавани да си набавят сами лекарства и консумативи, необходими за изследванията или лечението.

Тези сериозни проблеми могат да забавят или да дестабилизируют рационалните реформени начинания, които се предприемат в областта на лечебната помощ.

Таблица 9. Относителен дял на разходите за здравеопазване от БВП и разходи за здравеопазване средно за 1 жител (щ.д.) през 1997 г.

Държави	% от БВП	Здравни разходи средно за 1 жител /щ.д./
Държави от Европейския съюз:		
Белгия	8.0	1918
Дания	8.0	574
Германия	10.5	2713
Гърция	8.0	905
Испания	8.0	1071
Франция	9.8	2369
Ирландия	6.2	1326
Италия	9.3	1855
Люксембург	6.6	2580
Холандия	8.8	2041
Австрия	9.0	2277
Португалия	8.2	845

Финландия	7.6	1789
Швеция	9.2	2456
Обединено кралство	5.8	1303
Държави от Средна и Източна Европа:		
Албания	3.5	26
България	4.8	59
Чехия	7.6	391
Унгария	5.3	236
Полша	6.2	229
Румъния	3.8	59
Македония	6.1	120
Беларус	5.9	78
Словакия	8.6	311
Словения	9.4	857
Украйна	5.6	54
Руска Федерация	5.4	158
Латвия	6.1	140
Литва	6.4	167
Югославия	4.5	127
Естония	6.4	404
Молдова	8.3	35
Други държави:		
САЩ	13.7	4187
Швейцария	10.1	3564
Турция	3.9	118
Монголия	4.3	16
Грузия	4.4	45
Армения	7.9	36
Азербайджан	2.9	20
Етиопия	3.8	4
Мадагаскар	2.1	5
Непал	3.8	8

Източник : The World Health Report 2000, pp.192-195

Остри финансови проблеми са налице и по отношения на промотивно-превантивната дейност. Те се засилват след 1996 г., когато беше ликвидиран фонд "Обществена профилактика", попълван изключително от собствени приходи на ХЕС и изразходван главно за технологично обновяване на лабораториите и квалификация на персонала на ХЕИ.

Разходите за дейност "здравеопазване", определени със Закона за държавния бюджет за 2001 г., са в размер на 1192 968, 60 хил. лв. Нарастването на общите разходи през 2001 г. спрямо 2000 г. общо е 116, 72%, като ръстът на текущите разходи е със 115, 71% и на капиталовите разходи е със 138, 84%. Увеличението на текущите разходи е основно от средствата за заплати, възнаграждения и осигуровки на персонала по трудови и служебни правоотношения - със 103,40%.

В структурно отношение от общите разходи през 2001 г. с най-голям относителен дял са текущите разходи - 94, 82%, от тях: заплати и възнаграждения на персонала по трудови и служебни правоотношения, други възнаграждения и осигурителни вноски - 29,93%; издръжка, храна, медикаменти и горива - 31,31%; здравноосигурителни плащания - 33,47%; капиталови разходи 5,2%.

Промените в структурата на разходите през 2001 г. спрямо 2000 г. се дължат основно на:

- Увеличението в общото финансиране на дела на системата на здравноосигурителната каса;
- Преминаването на три групи заведения от общинско финансиране на финансиране към Републиканския бюджет чрез Министерство на здравеопазването;
- Абсолютното увеличение на общите разходи с около 17%. В консолидираната бюджетна рамка през 2001 г. делът на републиканския бюджет, в т.ч. и Министерството на здравеопазването, заемат 39% от общите разходи, НЗОК - 38% и общините - 23%.

Прогнозната матрица на финансовия ресурс на здравния сектор в средносрочна перспектива, т.е. в периода 2001 - 2006 г., се основава на следните макроикономически секторни и институционални параметри, приоритети и съотношения (Приложение 1):

- Постигане на устойчив нискоинфлационен икономически растеж в страната и номинално средногодишно нарастване на БВП с около 5%, съответно годишна инфлация от 3 до 1,5%, лихвени равнища - 6,5 - 6,0% и валутен курс (лв/USD) - 1,8 лв.;
- Увеличаване на дела на разходите за здравния сектор от БВП от 4,3% през 2001 г. до 6,0% през 2006 г. (Приложение 1).
- Преразпределяне на разходите по консолидираната годишна бюджетна програма между Министерството на здравеопазването, НЗОК и общинските и други бюджети, съответно от 34% към 38% към 28% през 2001 г. на 28% към 48% към 23% през 2006 г.
- Съответно преразпределение на средствата за финансиране на болничната помощ между държавния бюджет и НЗОК от около 80 - 85% към 20% през 2001 г. до 30% към 70% през 2006 г.
- Изменение в структурата на общите разходи за дейност "здравеопазване" с увеличение за сметка на прогнозирания абсолютен прираст на дела на издръжката в текущите разходи от 31% през 2001 г. до 53% през 2006 г. за сметка на увеличаване разходите пряко, обвързани с медицинската дейност, броя на преминалите болни и качеството на лечението - медикаменти, храна, енергийни разходи;

- Увеличаване в абсолютна стойност и на относителния дял на капиталовите разходи от 5% през 2001 г. до 8% през 2006 г. с цел осигуряване на условия за възпроизводство на материалната база на лечебните заведения;
- Включване през 2002 г. и постепенно увеличаване на абсолютната стойност и дела в общите финансови ресурси за здравния сектор на частни и корпоративни и други институционални източници: държавно гарантирани облигационни заеми, участие на лечебните заведения в други структури за медицинска дейност, смесени инвестиционни проекти, нови лечебни структури с изцяло частно финансиране;
- Запазване дела на международните финансови институции във финансирането на здравния сектор със съответно местно съфинансиране на конкретни здравни програми и проекти;
- Увеличаване в абсолютна стойност и относителен дял в общите разходи на финансирането на приетите национални здравни програми;
- Цялостна промяна на механизма на финансиране на болниците от система на "финансиране на структури" към финансиране на медицинска дейност с конкретни резултати и качество;
- Увеличаване на дела във финансирането и системата на снабдяване на населението и болничните структури с животоспасяващи, животоподдържащи и скъпоструващи лекарства и медикаменти.

С разработената съобразно представените приоритети и очакваните структурни и институционални промени, финансова прогноза за периода на плана за действие се предвижда общият финансов ресурс за дейност "здравеопазване" да нарастне от около 1 255 668 хил. лв. през 2001 г. до около 2 310 240 хил. лв. през 2006 г. или около 1,8 пъти.

В приложение 1 е представена глобалната финансова матрица на дейност "здравеопазване" за периода 2001 – 2006г. по години и институционалните финансиращи източници и структури.

2.2.6. Управление на здравеопазването

Провежданата реформа в здравеопазването се съпътства от адекватни промени във функциите, методите и органите на управление. Проблемите, които понастоящем са обект на решаване, са свързани с:

- Ролята на собственика в управлението на здравните заведения;
- Развитието на нови отношения в здравеопазването: договорни отношения, отношения на координация, нов тип комуникационни отношения;
- Развитието на нови процеси в здравеопазването: преобразуване и приватизация на здравни заведения, акредитация и управление на качеството, здравноосигурителен надзор.

Собственикът (физически и юридически лица, държава, общини) придобива силни позиции в управлението на здравеопазването. Притежавайки собственост (държавна, общинска или на други физически и юридически лица), той има правата и отговорностите за нейното управление. Нарасналата роля на собственика най-ярко подчертава децентрализацията и деконцентрацията на управлението в здравеопазването. Проблемите стоят сега особено остро пред собствениците на

управлението в здравеопазването. Проблемите стоят сега особено остро пред собствениците на индивидуални и групови практики за първична или специализирана извънболнична помощ, както и пред ръководствата на търговските дружества, собственици на лечебни заведения за болнична помощ, домове за медико-социални грижи, хосписи и диспансери. Остротата на тези проблеми произтича главно поради радикално променения режим, в който трябва да работят лечебните заведения.

Договорните отношения и свързаните с тях икономически механизми вече имат и ще придобиват все по-голямо значение като регулатор в системата на здравеопазването. Значението на координацията изпъква на преден план в условията на децентрализация и деконцентрация поради необходимостта да се обединяват усилията и дейностите на голям брой независими изпълнители на здравни услуги. Значението на обществените комуникации несъмнено е голямо и ще нараства във връзка с активното отношение на гражданите и медицинската общественост към реформата на здравеопазването и поради необходимостта от поддържането на обществен консенсус по решаването на здравните проблеми.

Новите процеси в здравеопазването са органично свързани със здравната реформа: промяната на собствеността и засилването на пазарните елементи, контролът върху изпълнението на здравноосигурителните договори, осигуряването на необходимото качество на здравните дейности.

Промените в областта на управлението изискват и съответна управленска компетентност, която следва да бъде висока и да отговаря на усложнените и разнообразни управленски задачи.

В управлението на здравеопазването все по-изразено се очертава необходимото взаимодействие между: Министерството на здравеопазването, което е отговорният държавен орган за здравето и здравеопазването; Националната здравноосигурителна каса, която притежава специфични властови ресурси и оказва засилващо се влияние върху здравеопазването; съсловните организации (Български лекарски съюз и Съюз на стоматолозите в България), които притежават организационни ресурси и оказват влияние както върху съсловните членове, така и върху общественото мнение.

Глава трета

НЕОБХОДИМОСТ ОТ СТРАТЕГИЧЕСКИ ПОДХОД

Сложните и преплетени проблеми на здравето, които са винаги многофакторно обусловени, наложително изискват ясна представа за подходите и времевите аспекти на тяхното решаване. Това е още по-необходимо, като се има предвид, че в случая се отнася до проблеми, които са от жизнено значение за нацията и забавеното им решаване подкопава и заплашва биологичните устои на българския народ.

Ето защо е необходимо дълбоко да се осъзнае от органите на държавата, от политическите сили, от медицинските специалисти и от всеки гражданин, че:

- **здравето на нацията трябва да бъде стратегически приоритет на държавата и обществото;**
- **здравеопазването трябва да бъде общодържавна и общонационална задача.**

Отговорът на едно такова разбиране на здравните проблеми на нацията може да даде разработването и изпълнението на дългосрочна национална здравна стратегия, която да бъде основата на устойчива и последователна здравна политика на държавата.

Преди всичко Националната здравна стратегия е необходима за осигуряване на **обединените усилия на обществото** за решаване на здравните проблеми. Това е сложен процес на промяна на нагласи, мислене и поведение на хората, ангажирани в управлението на страната, в развитието на нейната икономика, култура и обществен живот, на всички членове на обществото.

Постигането на такъв общонационален консенсус по отношение на здравните проблеми изисква формулирането на добре **обосновани и ясни цели**, убедителни за обществото. Програмните траектории за тяхното постигане трябва да бъдат прозрачни и достъпни за разбиране от всеки, с добре очертани **етапи във времето**. За да бъде действена и ефективна, стратегията трябва да предвиди и **ресурсите**, необходими за нейното осъществяване.

ЧАСТ ВТОРА

ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ, ПРИНЦИПИ И ЦЕЛИ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

Националната здравна стратегия е призвана да отрази стратегическия подход за решаване на здравните проблеми на нацията. В нея трябва да се очертаят пътищата за преодоляване на дисбалансите в здравеопазването, за преустановяване негативните тенденции в здравето на нацията и за постепенното постигане на европейските стандарти на здравните дейности.

Националната здравна стратегия съдържа основните дългосрочни предначертания за развитие на здравеопазването. Тя е основата за формиране на здравната политика на страната ни. Поради това, в нея се посочват стратегически здравни приоритети и цели. Конкретните задачи и начинът на тяхното изпълнение са разработени в Националния план за действие по изпълнение на стратегията в средносрочен хоризонт.

Глава четвърта

ИЗРАВНЯВАНЕ НА БАЛАНСА И СЪЗДАВАНЕ НА СИМЕТРИЯ МЕЖДУ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ЗДРАВЕ.

Здравеопазването представлява произвеждане на много голям брой разнообразни услуги (междинни продукти) за промоция на здравето, профилактика на болестите, диагностика, лечение и рехабилитация, чрез които се формира крайният продукт – подобряване на здравето (на индивида, семейството, общността или цялото общество). Произвеждането на тези услуги изисква наличието в дадено време на определени ресурси – човешки, финансови, материално-технически и технологични, информационни, организационни и природни.

Подготовката, разпределението и осигуряването на наличността на тези ресурси по време и място следва да стане в съответствие с приоритетите и целите, в зависимост от проблемите, които трябва да се решават.

Приоритетите на здравеопазването произтичат от динамиката на здравето на нацията. Въз основа на тях се избират и формулират целите, които здравеопазването трябва да постигне в дадения времеви хоризонт. Целите обаче следва да бъдат съобразени с наличните или очаквани ресурси в определени времеви етапи. Осигуряването на симетрия между здравните цели (произтичащи от приоритетите в здравето на нацията) и здравните ресурси (с етапите на тяхната подготовка) ще балансира здравеопазването с основните проблеми на здравето на нацията.

Здравните потребности винаги надвишават и ще надвишават ресурсите, с които разполага дадена страна. За недостиг на ресурси за здравеопазването се говори и в най-богатите страни. Поради това не може да бъде постигнат **баланс** между здравни потребности и здравни ресурси. Напълно възможно е обаче да се постигне **симетрия** между целите (основани на приоритетите) и здравните ресурси на страната.

Стратегията обаче предполага идентифициране на проблемите, приоритетите и целите и напред във времето – ако не в обзорното, то в предвидимото бъдеще. Ето защо разпределението на ресурсите във времето следва да има предвид и цели, които ще изпъкнат в следващите етапи.

Глава пета

ОБЩОЕВРОПЕЙСКИ ЦЕННОСТИ И ПРИОРИТЕТИ В БЪЛГАРСКАТА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

В Националната здравна стратегия на България са залегнали основните здравнополитически виждания, възприети в Амстердамското споразумение (2 октомври 1997 г.) на страните-членки на Европейския съюз, както и решенията и директивите на Съвета на Министрите на съюза.

В договора за Европейския съюз се поставят цели, които са свързани с развиването на високи нива на социална защита (чл. 2 и чл. 134 и подкрепа на икономическото и социално сближаване, Глава XVII).

В "Партньорство за присъединяване" за България е записано "необходимо е да се създадат жизнеспособни механизми за социално осигуряване (обществени и частни)". От своя страна развитието на мерките за социално осигуряване изискват постоянни усилия" и че "България трябва да развива своята администрация на всички нива".

България е направила своя избор да приложи тези цели в сферата на здравеопазването чрез въвеждането на здравноосигурителна система. Тази система се основава на съществуващата добра европейска здравна практика (т.е. подобна е на системите в Германия и Австрия).

Един от приоритетите на следващите години е ефективното въвеждане и лидиране на процесите на укрепване на тази система. Това е от съществено значение и за процеса на икономическата реформа в страната, защото една добре функционираща здравноосигурителна система ще намали напрежението от републикански бюджет и ще въведе стимули за предлагане на ефикасни и икономически ефективни медицински услуги. Тя е важна за реформата в социалната политика и за постигането на високи нива на социална защита, тъй като една функционираща в пълния си капацитет здравноосигурителна система ще гарантира приток на средства към здравеопазването.

Добре функционираща здравноосигурителна администрация е и съществена част от институционалния капацитет, необходим за прилагането на регламентите за "координация на социалноосигурителните схеми" (Регламент 1408/71 и 574/72, с последващи изменения).

Предотвратяването на заболяванията и промоцията на здраве могат да се подкрепят ефективно от неправителствени организации, които притежават капацитета да се намират по-близо до общността и нейните нужди.

Много от дейностите на Комисията на Европейската общност и програмите директно се занимават с области, свързани със здравеопазването и здравната помощ. Такива са програмите на Евросъюза за борба с рака; предпаване от СПИН и други заразни заболявания; предотвратяване на злоупотреба с лекарствени средства; здравната промоция и просвета и др. Чрез участието си в подобни програми България ще получи както възможност за опознаване на европейското състояние на здравеопазване, така и възможност за участие в мрежа като пълноценен партньор.

Политиката на Европейския съюз по отношение на общественото здраве (чл.152) е насочена към: подобряване на информацията, свързана с развитието на общественото здравеопазване, бързо реагиране на заплахи по отношение на здравеопазването и здравна промоция и профилактика.

Петата рамкова програма за изследвания и технологическо развитие и демонстрационни дейности (1998-2002) включва конкретна програма за "Качество на живот и управление на жизнените ресурси", а така също и хоризонтална програма за международно сътрудничество.

Програмата "Качество на живот и управление на жизнените ресурси" покрива теми на изследване, които съставляват стратегическа възможност да се развият познания в областта на

здравеопазването, като се обърне специално внимание на инфекциозните заболявания, околната среда и здравеопазването, застаряването на населението и инвалидността, услугите, свързани със злоупотребата с лекарствени средства.

Основните приоритети на Националната здравна стратегия по пътя на обединена Европа са:

- ✓ Успешно провеждане на реформата в организацията и финансирането на системата на здравеопазване;
- ✓ Поставяне на управленски и граждански акцент по въпросите на общественото здраве;
- ✓ Хармонизация на законодателството и развитие на инфраструктурата, институциите и човешкия капацитет в здравеопазването за извършване на произтичащите задължения.

Това се реализира чрез :

- ✓ Участие в Програмите и фондовете на Европейския съюз в търсене на техническа и финансова подкрепа на реформите в здравеопазването, както и в програмите, финансиращи проекти в областта на общественото здраве;
- ✓ Оценка и насърчаване подобряването на ноу-хау и съоръженията, свързани с упражняването на контрол върху разпространението на заразни болести и насърчаване на ранното участие в мрежата на Общността по въпросите на упражняване на контрол върху разпространяване на заболяванията;
- ✓ Организиране на редовни срещи по въпросите на присъединяване към ЕС, свързани със здравеопазването между български експерти и експерти от страните – членки за идентифициране на приоритетите за сътрудничество и обмяна на информация по установяване на приоритети и разпределение на инвестициите;
- ✓ Развиване на свързаните със здравеопазването изследвания, включително тези, свързани с присъединяване към ЕС и обмяна на опит по използване на информационни системи и технологии във връзка със здравеопазването;
- ✓ Поощряване обмяната на опит и подпомагане осъществяването на връзки с неправителствените организации в страните – членки и български НПО, които проявяват активност в здравеопазването.

Глава шеста

ПОЛИТИКАТА “ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ ПРЕЗ 21 ВЕК” НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ ЗА ЕВРОПЕЙСКИЯ РЕГИОН

Като неразделна част от Европа, основен източник на идеи и предначертания за Националната здравна стратегия на България са здравнополитическите виждания на Световната здравна организация в “Световната здравна декларация” (приета от 51-вото Общо събрание на СЗО, май 1998 г.) и конкретизирани за Европейския регионален комитет на СЗО (септември, 1998 г.).

В “Световната здравна декларация” страните-членки на СЗО приемат, че “промените в състоянието на здравеопазването в света изискват осъществяване на политика за “Здраве за всички през 21 век” чрез провеждане на адекватна регионална и национална политика и стратегия”. Принципно значение има приетото задължение на страните-членки на СЗО за укрепване, адаптиране и реформиране на техните здравеопазни системи, за осигуряване на достъпност и качество на здравеопазването в пределите на разумни разходи. Необходимите мерки в обществените и частния сектор, както и инвестициите в здравеопазването ще бъдат съобразени със социално-

икономическите условия и потребности на индивидите, общините и държавите, както и със съществуващото и очаквано състояние на здравеопазването.

За Европейския регион на СЗО политиката “Здраве за всички през 21 век” включва:

- **една** постоянна цел: осъществяване за всички хора на техния “здравен потенциал”;
- **две** основни цели:
 - укрепване и опазване здравето на хората през целия им живот;
 - понижаване на заболяемостта и намаляване на страданията, причинявани от основните болести, травми и увреждания;
- **три** основни ценности:
 - здравеопазването като едно от основните права на човека;
 - справедливост в здравеопазването и ефективна солидарност между страните, групите и представителите на двата пола;
 - участие и отговорност в здравеопазването на отделните хора, групи и общности, както и на институциите, организациите и секторите в обществената структура;
- **четири** главни стратегии за осигуряване на научна, икономическа, социална и политическа подкрепа, като постоянна предпоставка и движещ фактор за постигане на целите на здравната политика:
 - многосекторно сътрудничество по отношение на детерминантите на здравето, с оглед на физическите, икономическите, социалните и обусловени от половата принадлежност перспективи;
 - ориентирани към крайни резултати програми и инвестиции за развитие на общественото здравеопазване и лечебната помощ;
 - интегрирана система за първична здравна помощ, ориентирана към семействата и общностите и поддържана от гъвкава и бързо реагираща болнична система;
 - съвместна здравеопазна дейност, включваща съответни партньори на всички равнища – в дома и семейството, в училището, по месторабота, в населеното място и общината и в страната, която да съдейства за съвместното вземане на решения, тяхното прилагане и отговорност за изпълнението.

Елементите на европейската политика на СЗО “Здраве за всички през 21 век” са напълно приемливи и приложими за нашата страна.

Необходимо е обаче да се има предвид, че разработването на Национална здравна стратегия и политика е задача на всяка отделна страна. Моделите на здравеопазването в страните, в които понастоящем има устойчиви здравни системи, са формирани съобразно специфични исторически, икономически, социални и етнопсихологически фактори. Общото между тях са принципите, традициите, ценностите и постигнатите стандарти на здравеопазването. Поради това, в създаването на българската Национална здравна стратегия и политика не би могло да се прилагат непосредствено чуждестранни модели. За развитието на българското здравеопазване е приложен българския модел, съобразен с опита на европейските страни, с общоевропейските принципи и стандарти. В Националната здравна стратегия и политика трябва да присъстват националните традиции, душевност и битови особености на българина.

Глава седма

ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ И ЦЕЛИ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

Имайки предвид главната цел, ценностите и принципите на здравната реформа (2.2.1.) приоритетите в развитието на здравеопазването са:

- Преустановяване на негативните тенденции и създаване на условия за подобряване здравето на нацията;
- Развитие на структурно-институционалните промени на здравната система, с оглед повишаване на нейната ефективност;
- Стабилизиране и развитие на функциите и структурите на общественото здравеопазване;
- Развитие на създадените нови икономически отношения в здравеопазването и на стимулите за високо качество;
- Децентрализация и подобряване на управлението и развитие на междусекторното сътрудничество, обществените комуникации и евроинтеграцията;
- Адаптиране на човешките ресурси в здравеопазването към новите икономически условия и професионални изисквания.

Във връзка с тези шест приоритета се поставят следните цели в развитието на здравеопазването:

1. За преустановяване на негативните тенденции в здравето на нацията и създаване условия за неговото подобряване изпъкват пет ключови области, от които произтичат целите, свързани със: здравето на бременните, новородените и децата и рехабилитацията на хората с физически недъзи; начина на живот; намаляване на преждевременната смърт от исхемична болест на сърцето, мозъчен инсулт, злокачествени новообразувания и злополуки; намаляване заболяемостта и тежестта на боледуването от захарен диабет, бронхообструктивни състояния и психични нарушения; ограничаване заболяемостта и смъртността от заразни болести, заболявания от контаминирани храни и HIV (СПИН). (Задачите по тези цели са подробно разгледани в част V на Националната здравна стратегия).
2. По отношение на структурно-институционалните промени на здравната система и повишаване на нейната ефективност: развитие на системата за лечебна помощ в съответствие със Закона за лечебните заведения и стандартите в западноевропейските страни; стимулиране развитието на здравни заведения за потребностите на определени групи лица /нуждаещи се от медико-социални грижи, хронично болни, терминално болни/; разработване и въвеждане на система за управление на качеството и на системата за акредитация на здравни заведения и части от тях;
3. За стабилизирането и развитието на системата на обществено здравеопазване: създаване на нормативната основа на системата за обществено здравеопазване и въвеждането ѝ в действие; усъвършенстване на Държавния санитарен контрол; повишаване капацитета на общественото здравеопазване;
4. Развитие на икономическите отношения и взаимодействия в областта на здравеопазването: развитие и разширяване на договорната система; развитие на медицинския опит и изграждане на капацитет за оценка на медицинските технологии;

усъвършенстване на нормативната система на здравното осигуряване; изграждане на информационна система на здравното осигуряване;

5. По отношение подобряването на управлението и развитието на междусекторното сътрудничество и евроинтеграцията в здравеопазването: поддържане на процеса на децентрализация и повишаване на управленската автономия и отговорност на териториалните държавни органи и общинските органи на здравеопазването, както и на здравните заведения; изграждане на единна информационна система и интегриране на телекомуникационната система на здравеопазването към националната и европейската система; изграждане и развитие на система за обществени комуникации и медийна политика в областта на здравеопазването; създаване на система за инвестиционните и иновационните дейности в здравеопазването; изграждане на системата за здравноосигурителен надзор; повишаване на управленския капацитет и компетентност на здравната система и развитие на обучението на управленския персонал по мениджмънт, икономика и информатика в здравеопазването.
6. По адаптирането на човешките ресурси в здравеопазването към новите икономически условия и професионални изисквания: преквалификация и преразпределения на медицинските кадри. Осигуряване на алтернативна заетост на медицинския персонал извън рамките на системата; уеднаквяване на учебните програми с тези от европейските страни за създаване възможности за свободно движение на специалисти; създаване на условия за непрекъснато обучение и участие в научно-изследователската дейност; подготовка на кадрите в системата на здравеопазване за работа в условията на здравно осигуряване.

Имайки предвид анализа в глава I (точка 1.1.6), посочените шест приоритета следва да включват с определено предимство **рисковите групи** от населението. За реализирането на целите по тези приоритети основно значение има последователното осъществяване на разработената "Стратегическа рамка на план за действие за намаляване на бедността в България 2000-2005", в която се включват възможни решения и на здравните проблеми както на цялото население, така и на рисковите групи.

В този контекст особено внимание е необходимо към здравните проблеми и специфичните потребности преди всичко на **ромската** (поради нейната многочисленост и утежнен икономически и социален статус), но и на **турската** етническа общности в страната. Общите задачи в тази област са посочени в част V, а по-конкретно са представени в Плана за действие по изпълнението на Националната здравна стратегия.

ЧАСТ ТРЕТА

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

В част първа бе посочена продължаващата години наред негативна трансформация на показателите, характеризиращи здравето на населението, и то в размери, които застрашават биологичните устои на нацията. Ретроспективният и ситуационният системен анализ на данните показва, че са налице редица несъответствия между наличните възможности за постигане на добър здравен статус и неговото фактическо състояние. Тези несъответствия имат характер на предизвикателства към всеки гражданин, към всяко семейство и към нацията като цяло. Те са нуждаят от узнаване, разясняване, дълбоко осмисляне и достоен отговор.

Глава осма

НЕСЪОТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ БРОЯ НА РАЖДЕНИЯТА И БРОЯ НА ЖЕНИТЕ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ

Коефициентът на общата плодовитост /съотношение между броя на живородените деца и средногодишния брой на жените във фертилна възраст/ в България непрекъснато намалява.

През периода 1986 – 1997 г. относителният дял на жените във фертилна възраст /жени от 15 до 49 години/ с малки отклонения е стабилен – 48% от общия брой на жените. През същия този период обаче броят на живородените деца, отнесен към броя на жените във фертилна възраст, намалява драстично – от 56,6 ‰ през 1986 г. на 31,7 ‰ през 1997 г. Най-осезателно е това намаляване сред жените във възрастовата група 20-24 години – 182,9 ‰ през 1986 г. и 85,2 ‰ през 1997 г. и сред жените във възрастовата група 25-29 години - 92,1 ‰ през 1986 г. и 56,9 ‰ през 1997 г.

Къде са корените на тази негативна тенденция? Нима сред българските мъже и жени е в ход затихваща биологична способност за възпроизводство?

Анализът на данните говори за друго. Така например на фона на непрекъснато разширяващо се през последните години ползване на контрацептивни средства, през 1997 г. средно на 1000 жени във фертилна възраст са забременели 74,8, от които 31,7 са родили, а 43,1 са прекъснали бременността си чрез аборт. В абсолютни цифри това означава, че през 1997 г. са забременели 152 505 жени, от които 64 609 са родили, а 87 896 са абортирали. Съотношението раждания: аборти е 1 : 1,36.

Сравнителните данни за честотата на абортите показват, че България е с най-висок коефициент сред развитите европейски страни. През 1997 г. у нас на 1000 души население се падат 10,6 аборта, докато в западноевропейските страни този показател е 1 до 3 на 1000 души население.

Всичко това налага несъответствието между броя на ражданията и броя на жените във фертилна възраст да се изведе като **първо стратегическо предизвикателство към нацията.**

Глава девета

НЕСЪОТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ РАЖДАЕМОСТ И СМЪРТНОСТ

През последните десетилетия раждаемостта е с трайна тенденция за намаляване от 14,5 на 1000 души от населението през 1980 г. на 7,7 през 1997 г.

През същия този период общата смъртност е с трайна тенденция за увеличаване – от 11,1 на 1000 души от населението през 1980 г. на 14,7 през 1997 г.

През 1990 г. у нас започна да се формира отрицателен естествен прираст, стойността на който през 1997 г. е минус 7 на 1000 души от населението. Само в резултат на намалената раждаемост и високата смъртност, т.е. на отрицателния естествен прираст, броя на населението в България през 1997 г. е намалял с 58 000 души.

Ярко очертаващата се депопулация в нашата страна е **второто стратегическо предизвикателство към нацията**. Неговата проекция обхваща почти всички сектори от полето на общественото битие. Ето защо адекватният отговор на това предизвикателство трябва да бъде комплексен, ангажиращ вниманието на всеки, който е загрижен за съдбата на нацията.

В контекста на този отговор следва да се търси решение на въпросите, свързани с:

- Правилното планиране на семейството;
- Здравословния стил на живот от най-ранна възраст до дълбока старост;
- Профилактиката на заболяванията, ерозиращи женското здраве и на тези, които заемат най-висок относителен дял в структурата на причините за смъртността в детската и икономически активната възрастови групи;
- Оздравяването на средата, в която се формира и развива човешкото здраве.

Глава десета

НЕСЪОТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ДОБРЕ РАЗВИТИ АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНА И ПЕДИАТРИЧНА СЛУЖБИ И ВИСОКА ДЕТСКА СМЪРТНОСТ

Детската смъртност в България след забележимо намаляване от 23,1 на хиляда живородени деца през 1975 г. на 13,6 през 1988 г. започва отново да нараства и през 1997 г. достига до 17,5 на хиляда живородени /в селата този показател е 22 ‰, а в градовете 15,7 ‰/. В западноевропейските страни детската смъртност е 2 до 4 пъти по-ниска от тази в нашата страна.

Смъртността сред живородените деца до изписване на майките от родилните заведения е 7,2 на хиляда живородени, т.е. при 41,2 % от всички умирания на деца до едногодишна възраст смъртта е настъпила в родилното заведение. Анализът показва, че 72,2 % от починалите деца в родилните отделения са били недоносени и че водещи причини за настъпването на смъртта са родовите травми и хиалинно-мембранната болест. Другите 27,8 % от починалите деца в родилните заведения са доносени, като най-честите причини за настъпване на смъртта са тежките вродени аномалии и респираторните разстройства.

Високата смъртност сред живородените деца до изписването на майките от родилните заведения не съответства на добрата осигуреност на населението с родилни заведения, с родилни легла и легла за патологична бременност /общо 6 на 10 000 души от населението / и с броя на лекарите акушери и гинеколози /1,6 на 10 000 души от населението /.

Смъртността сред живородените деца след изписването им от родилните заведения е 10,3 на хиляда живородени, т.е. при 58,3% от всички умирания на деца до едногодишна възраст смъртта е настъпила в болнично педиатрично заведение или в домашна обстановка. И в този случай високата смъртност сред живородените деца след изписването им от родилните заведения не съответства на добрата осигуреност на населението с детски консултации, с болнични педиатрични легла, с общопрактикуващи лекари и лекари-педиатри в извънболничния и болничния сектор на медицинската помощ.

Посочените по-горе несъответствия са сигнал за оправдана тревога. По същество те са **третото стратегическо предизвикателство** към нацията, чийто отговор следва да си търси чрез решение на въпросите, свързани с:

- Комплексната профилактика на недоносеността;
- Качеството на родилната и неонатологичната помощ;
- Рационалното отглеждане на децата до едногодишна възраст в семейството и системен контрол на тяхното здраве в детските консултации;
- Качеството на специализираната педиатрична помощ.

Глава единадесета

ТЕНДЕНЦИЯ ЗА УВЕЛИЧАВАНЕ НА СМЪРТНОСТТА В ИКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНАТА ВЪЗРАСТОВА ГРУПА

Установилата се у нас през последните десетилетия тенденция за увеличаване на броя и тежестта на рисковите за човешкото здраве фактори и особено на онези от тях, съпътстващи всички направления на битата, бизнеса и труда, доведе до нарастване на заболяемостта от болести на органите на кръвообращението, злокачествени новообразувания и травматизъм и на смъртността от тях сред хората в икономически активната възрастова група, предимно сред мъжете. Така например, смъртността от инфаркт на миокарда при мъжете от 35 до 44 годишна възраст в България е 42,9 на 100 000 души от населението, докато този показател във Франция е 16,2, Италия – 17,5, Германия – 18. Нарастването на величината на “преждевременната смърт” води не само до намаляване средната продължителност на предстоящия живот на нацията, но и, което е особено важно, до загуба на години продуктивен живот с всички произтичащи от това отрицателни последици за съдбата на засегнатите семейства и интересите на националната икономика.

Тенденцията за увеличаване на смъртността в икономически активната възрастова група е **четвъртото стратегическо предизвикателство** към нацията, чийто отговор следва да се търси в комплексното овладяване и поставяне под “арест” на факторите, които стоят в неговата основа:

- Вредните за здравето навици – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и психотропни средства;
- Стресовите ситуации в битовата и производствената среда;
- Нерационалното хранене;
- Физическото бездвижване;
- Транспортният, производственият и битовият травматизъм;
- Неспазването на предписаните от медицинските специалисти препоръки за профилактика на посочените по-горе заболявания и за лечението им в техните ранни стадии;
- Вредните за здравето въздействия на околната среда от химическо, физическо, информационно и биологично естество.

Глава дванадесета

НЕСЪОТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ДЪЛГОЛЕТИЕТО КАТО РЕАЛНОСТ И КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТА НА СТАРИТЕ ХОРА

Средната продължителност на предстоящия живот на населението в България е нараснала от 51,75 години през 1935 г. на 70,4 години през 1997г. /74,4 години за жените и 67,2 години за мъжете/. В резултат на това в наши дни до напреднала възраст доживяват повече хора, отколкото в миналото. През 1997 г. лицата над 60 и повече години са били 21,6 % от населението в България.

Това забележително постижение на обществото поставя друга актуална задача – да направим живота на старите хора по-качествен, тъй като са налице много основания за безпокойство.

Така например, редица проучвания у нас показват, че заболяемостта сред старите хора е висока - средно на един човек от възрастовата група 60 и повече години се наблюдават 3,2 хронични заболявания. Това, наред с напредналата възраст ги прави крайно зависими, безпомощни и самотни.

Паралелно с горепосоченото, следва да отбележи, че смъртността от болести на органите на кръвообращението, на дихателната система и от злокачествените новообразувания във възрастовата група 60 до 69 години у нас е значително по-висока отколкото в западноевропейските страни.

Несъответствието между дълголетие като реалност и качеството на живота на старите хора е **петото стратегическо предизвикателство** към нацията, което може да намери добро решение чрез формиране на комплекс от социални и здравни дейности, насочени към създаване на възможност за независим и благодарен живот през старостта, защитен от многобройните социални и здравни проблеми.

Отличителна черта на повечето стареещи българи е желанието им за благополучна физическа, духовна и социална активност, а това налага да се минимизират най-големите им опасения да се окажат безпомощни, безполезни, болни или неспособни да се грижат за себе си.

Ако тази особеност на националната ни психология бъде подкрепена с адекватно социално и здравно обслужване, голяма част от старите хора биха могли да поддържат относително независим стил на живот и в значителна степен да подобряват неговото качество. В това отношение съществена ще бъде ролята на мерките срещу факторите, ограничаващи независимостта на старите хора. Те са обикновено фактори от социално и психологично естество или такива, свързани със заболяване.

Мерките срещу социалните и психологичните фактори на зависимостта трябва да бъдат насочени към:

- Оказване на помощ от близки или от хуманитарни организации при поява на тежка емоционална стресова ситуация у възрастния човек, която сама по себе си може да бъде причина за сериозно соматично заболяване, депресия или самоубийство;
- Материално подпомагане на старите хора с ниски доходи, страдащи от заболявания, изискващи постоянно медикаментозно лечение и диетични храни;
- Разширяване на домашния социален патронаж и на медицинските грижи на самотните стари хора, които са с ограничена физическа активност.

Мерките срещу факторите на зависимост, свързани със заболяване, трябва да бъдат насочени към:

- Ранна диагностика и своевременно лечение на най-често срещаните сред старите хора хронични болестни състояния: хипертония, сърдечни декомпенсации, диабет, обструктивни болести на дихателната система, артрози, намаление на зрението или слуха и др.;
- Недопускане на полипрагмазия при лечението на заболявания у старите хора, която може да бъде причина както за нови органични увреждания, така и за възникване на психическа дезориентация;
- Стимулиране на остатъчните физически и психически възможности на прекаралите мозъчен инсулт чрез прилагане на богатия арсенал на физикалната и психическа рехабилитация.

Важно място следва да заемат и мерките, насочени към намаляване на преждевременните умирания при старите хора от пневмонии. И тъй като основна причина за тях са грипните инфекции, развиващи се на фона на съществуващи хронични заболявания на дихателната система, е необходимо ежегодно имунизирание на лицата над 65 и повече години с грипна ваксина и системно лечение на тези от тях, които страдат от хронични заболявания на дихателната система.

Много от здравните проблеми на старите хора в България са отражение на средата, в която те са живели и стила им на живот през младостта. Когато болестите вече не могат да бъдат избегнати с помощта на профилактични мерки, ранната диагноза и лечение много често са в състояние да предпазят от сериозни усложнения, да сведат до минимум болката, зависимостта и емоционалното натоварване и да отложат настъпването на смъртта.

Нашето национално здравеопазване разполага с много медицински ефективи, които съчетани със съответен социален и психичен комфорт, са в състояние да повишат независимостта и самостоятелността на старите хора и качеството на техния живот.

Глава тринадесета

НЕСЪОТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ОСИГУРНОСТТА НА НАСЕЛЕНИЕТО С МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ И БОЛНИЧНИ ЛЕГЛА И ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНАТА ПОМОЩ

Осигуреността на населението в България с профилактични, лечебни и рехабилитационни заведения, с болнични легла и с лекари е много добра.

Дейностите по промоция на здравето, здравна профилактика и държавен санитарен контрол се осъществяват от 28 районни хигиенно-епидемиологични инспекции, в които работят 854 специалисти с висше образование /лекари, химици, физици, инженери, биолози/, 1630 специалисти с колежанско медицинско образование и 1540 души помощен персонал.

На национално ниво функционират Център по хигиена, медицинска екология и хранене, Център по микробиология и паразитология и Център по обществено здраве. Към Министерството на отбраната и Министерството на вътрешните работи функционират ведомствени хигиенно-епидемиологични структури.

До 01.07.2000 г. медицинската помощ се осъществяваше както следва:

- Първична и специализирана извънболнична помощ - от 3607 здравни центрове;
- Болнична помощ – от 255 многопрофилни и специализирани болнични заведения с общински, районни и национални функции;
- Спешна медицинска помощ – от 28 районни специализирани центрове;

- Рехабилитационна помощ – от 136 заведения за медицинска рехабилитация, изразяваща се в климатично, балнеолошко и таласолечение, кинезитерапия и физикална терапия, трансфузионна помощ – от Националния център по хематология и трансфузиология и 23 отделения по трансфузионна хематология.

Основни източници за финансиране на посочените здравно-профилактични, лечебни и рехабилитационни заведения бяха републиканският и общинските бюджети. Размерът на финансовите средства бе крайно недостатъчен, поради което бе въведен механизъм на частично заплащане на медицинската помощ от пациентите, в случаите когато пожелаят да ползват такава в лечебни заведения извън тези, към които те са районираны за първична и специализирана извънболнична и болнична помощ.

По обобщени сигнални показатели осигуреността на населението със здравна помощ през 1997 г. е както следва:

а) *Осигуреност с човешки ресурси:*

- Осигуреност с лекари -34,6 на 10 000 души от населението или 1 лекар на 288 души;
- Осигуреност със стоматолози - 6,3 на 10 000 души от населението или 1 стоматолог на 1581 души;
- Осигуреност с медицински специалисти с колежанско образование /медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, зъботехници и др./ - 90,3 на 10 000 души от населението или 1 на 111 души.

б) *Осигуреност с болнични легла* за активно лечение, продължително лечение и рехабилитация 124 на 10 000 души от населението или 1 болнично легло на 79 души.

в) *Финансовата осигуреност* за здравеопазване през 1997 г., средно на един човек от населението, възлиза на около \$ 46 /без корекция на паритета на покупателната сила – PPP/. По източници на финансиране тя се разпределя както следва: републикански бюджет 33 %, общински бюджети 65 %, съпътстващи плащания 0,5 % и извънбюджетни постъпления 1,5 %.

Структурата на разходите в здравеопазването има следния вид:

- Разходи за заплащане на труда и за социални осигуровки на работещите в националната здравна система - 42,64 %;
- Разходи за лекарствени средства - 25,42 %;
- Разходи за храна - 4,25 %;
- Други разходи - 27,69 %.

Впечатляващата висока осигуреност на населението в България със здравни заведения, медицински специалисти и болнични легла, въпреки ограничените финансови ресурси, предназначени за здравеопазване, е в перманентно несъответствие с показателите, характеризиращи ефикасността и ефективността на здравната помощ и с тези, характеризиращи равнището на общественото здраве. Направеният през 1998 г. извод показва, че българската национална здравна система е съставена от хипертрофирани направления и структури, с атрофични възможности за качествена здравна продукция. Това несъответствие е по същество **шестото стратегическо предизвикателство** към нацията, което може да получи оптимално решение само чрез неотклонно реализиране на предвидените действия за реформа, както в източниците за финансиране на здравеопазването, така и в организацията, структурата, функциите и управлението на направленията и заведенията на националната здравна система. Посоченото предизвикателство

има конкретни адресанти в лицето на политици, власти, здравни органи и медицински специалисти, които следва:

- да осигурят, в съответствие с европейските стандарти, равнопоставеност и достъпност на българските граждани при ползване на здравна помощ;
- да осъществяват непрекъснатост и стабилност на взаимовръзките в здравнозащитната тетрада: промоция, профилактика, лечение, рехабилитация;
- да създадат необходимата за нормално функциониране на здравеопазването икономическа среда и съвременни механизми за рационално управление на финансовите, материалните и човешките ресурси в здравните заведения, в съответствие със стратегическата формула разход/полза;
- да разработят и въведат в действие правила за добра медицинска практика, в съответствие с изискванията на медицинската наука и европейската харта за правата на пациентите;
- да конструират и внедрят система за контрол на входа и изхода на здравните заведения, отчитаща ефикасността на използването на ресурсите и качествените резултати на здравните дейности.

Глава четиринадесета

НЕСЪОТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ИНДИВИДУАЛНОТО ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ НА ГРАЖДАНИТЕ И СЪСТОЯНИЕТО НА ЛИЧНОТО, СЕМЕЙНОТО И ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ

Както вече бе посочено, болестите при човека възникват и се развиват под влияние на много фактори, които могат да се систематизират в няколко групи: поведенчески, на околната среда, биологично унаследени и възрастови.

Редица от тях, и особено поведенческите, са контролируеми, поради което тяхното вредно за здравето въздействие може да бъде намалено или изцяло отстранено.

Но за съжаление една немалка част от гражданите на нашата страна не осъзнават нуждата от водене на здравословен начин на живот и обръщат внимание на здравето си едва когато се разболеят, т.е. налице е сериозно несъответствие между индивидуалното здравно поведение и очакваното подобряване на личното, семейното и общественото здраве, което по същество е седмото **стратегическо предизвикателство към нацията**.

Мерките, които всеки български гражданин следва да приложи за укрепване на собственото си здраве, имат най-голям ефект, когато изпълнението им започне рано, т.е. когато човек е практически здрав. По същество тези мерки способстват формирането на здравословен стил на живот, поддържащ и усилващ състоянието на физическо и душевно благополучие.

През целия си живот, от ранно детство до дълбоки старини всеки от нас взема решения, отнасящи се до индивидуалното и семейно здраве. И в повечето случаи това става във и независимо от здравната система. Но кумулативното въздействие на тези индивидуални решения е в състояние да окаже по-голям ефект върху продължителността и качеството на живота, отколкото всичките усилия на медицинската помощ, взети заедно.

Много фактори, увеличаващи риска от преждевременна смърт, могат да бъдат ограничени без помощта на лекарства. Поразителното намаляване на смъртността от сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт в САЩ, западноевропейските и скандинавските страни през последните 20-25 години е резултат на настъпателно провежданите стратегии за ограничаване на такива рискови за здравето

фактори като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и психотропни вещества, консумиране на храни с високо мастно съдържание и физическо обездвижване. През същия период в източноевропейските страни тези рискови фактори се увеличиха и паралелно с това смъртността от посочените заболявания нарасна. В това отношение не можем да не отбележим, че България заема едно от първите места в света по смъртност от мозъчен инсулт и сърдечен инфаркт.

Тютюнопушенето е най-значимата, но предотвратима причина за заболяване и преждевременна смърт. То е свързано с болестите на сърцето и кръвоносните съдове; с рака на белия дроб, ларинкса, хранопровода, пикочния мехур, с хроничния бронхит и белодробен емфизем и с други заболявания, вариращи от леки респираторни инфекции до язва на стомаха и дванадесетопръстника.

Проучванията, проведени в САЩ, показват, че смъртността при пушачите е със 70 % по-висока от тази при непушачите и, че тютюнопушенето е причина за 145 преждевременни умирания на 100 хиляди население ежегодно. Отнесени към България тези проучвания показват, че тютюнопушенето е причина за около 12 000 преждевременни умирания всяка година.

Забележителен аспект от тази печална статистика е, че щетата, която тя илюстрира, е изцяло предотвратима, тъй като изборът на човек да пуши или не е изцяло негов.

В кохортата от народи, които продължават упорито да подценяват вредата от тютюнопушенето, българската нация заема едно от челните места. Тютюневата агресия в България се характеризира със следните особености:

- Стабилните ѝ позиции сред мъжете над 20-годишна възраст;
- Разширяване на обхвата ѝ сред жените над 20-годишна възраст;
- Инвазивността ѝ сред децата и юношите от двата пола във възрастовата група 12 до 20 години.

Тази кошмарна картина не е плод на черногледство. Тя отразява напълно достоверно фактите на нашето ежедневие: в дома ни, на работното ни място, на улицата, в местата за отдих и почивка. Причините за това са много, но три от тях са основни, тъй като те произтичат от някои характерни особености на нашата психология:

- Склонността на българина за подражание и блоково усвояване на "модерен" поведенчески стил на живот, без отсяване на съдържащите се в него вредни за здравето компоненти;
- Неверието на българина в говорното и печатно слово, особено, ако то е поднесено посредствено или не е илюстрирано с материален субстрат, който може да се види или докосне;
- Парадоксалната реакция на българина да се противопоставя на внушения, насочени към ограничаване или отказване от привички, съдържащи се в "аз"-овия му стил на живот, колкото и вредни да са те за неговото здраве.

Невярно е твърдението, че тези особености на националната ни психология са наследствено предопределени. Единствено вярно е другото, че те са продукт на силни социални въздействия, повечето от които се коренят в дефектния начин на възпитание в ранно детство и ученическите години и на недостатъчно осъзнато безпокойство за здравето поради непознаване на ранните предвестници на заболяванията, главен рисков фактор за възникването на които е тютюнопушенето.

Злоупотребата с алкохол е вторият по важност поведенчески рисков фактор за настъпване на болест, нетрудоспособност и преждевременна смърт. Поради високото ѝ разпространение тя има съществен дял в обременяването на нацията с разходи за медицинска помощ.

Злоупотребата с алкохол е причина за повечето от умиранията от транспортни злополуки и удавяния, от цироза и рак на черния дроб. Консумирането на алкохол по време на бременността може да предизвика тежки аномалии на плода или да предопредели умствено изоставане в развитието на детето.

Фактите показват, че данъка от смърт и увреждане на човешкото здраве, който взема алкохолът, засяга не само проблемно пиещите. Така например, причинителите на транспортни злополуки са често хора, които пият от време на време, но в даден момент губят контрол върху себе си.

През последните 15-20 години консумацията на алкохол в България нарасна значително. Докато при мъжете от 20 до 50-годишна възраст това нарастване е плавно, при жените в същата възрастова група и при младежите от 15 до 20 години, то е скокообразно. Допуска се, че около 300 000 души, или 17,2 % от населението над 15 годишна възраст, имат проблеми, свързани с алкохола. Увеличената употреба на алкохол у нас доведе до нарастване на проблемно пиещите, на алкохолиците и на остриите алкохолни интоксикации. Причините за това са много, но по-важните от тях са последица от:

- Погрешно търсен от безволеви хора изход от сполетял ги социален или психо-емоционален дискомфорт;
- Недостатъчна антиалкохолна просвета и възпитание;
- Недостатъчен контрол върху производството и продажбата на алкохолни напитки, някои от които се оказват с отровни примеси.

Здравното и социално-икономическо бреме, свързано с алкохолната инвазия в нашата страна е огромно. Засегнати са не само пиещите, но и членовете на техните семейства. Тя е причина за увеличаване на злополуките с моторни превозни средства, престъпленията с насилие, пожарите и разходите за медицинска помощ.

Злоупотребата с наркотични вещества е друг, съществен за българската нация, проблем. Достоверна информация за размерите на тази злоупотреба все още няма, тъй като данните за нея се основават предимно на самосигнализирането.

Експертни оценки и данни сочат, че сега в България има няколко десетки хиляди зависими от опиати и 3 до 4 пъти повече от тях, които системно злоупотребяват с наркотици. Почти 30 % от учениците между 14 и 18 годишна възраст в градовете имат някакъв опит с психоактивни вещества. В ход е процес на "зарибяване" на голям брой млади хора с опиати на ниски цени от пласъори на наркотици.

Данъкът, който нацията започва да плаща по повод нарастващата злоупотреба с наркотици, е тежък. Индивидуалната трагедия, до която тя води, се проектира върху семейството и цялото общество.

В индивидуален план злоупотребяващите с наркотици са изложени на :

- Тежка нетрудоспособност;
- Хронично гладуване поради разходване на средствата, с които разполагат, за наркотици, а не за храна;
- Преждевременна смърт от предозиране или от заразяване с вирусите на СПИН, на хепатит В, хепатит С и др., поради използване на контаминирани с инфекциозни агенти спринцовки.

В семеен план злоупотребяващите с наркотици са причини за:

- Недохранване в семейството;
- Хроничен емоционален стрес, особено сред децата, с всички произтичащи от това негативни последствия за тяхното възпитание, физическо и психическо развитие;
- Разрив на семейството.

В обществен план наркоманийната вълна:

- Е една от причините за престъпления;
- Постава под заплаха сигурността на страната, интелектуалния потенциал и генетичния фонд на нацията.

Нерационалното хранене е причина за редица заболявания като затлъстяване, атеросклероза, артериална хипертония, коронарна болест, някои видове рак и др. Но изборът на хранителни продукти се влияе от множество комплексни фактори и консуматорът често е буквално бомбардиран от огромно количество объркваща, понякога противоречива, информация, тиражирана в книги, печатни и електронни медии.

Характерните за бедните страни хранителни недоимъчни болести у нас се срещат рядко. В последно време обаче, се очертава тенденция за по-ниско протеиново хранене сред хората в напреднала възраст, която ако продължи е възможно да провокира появата на редица хранителни недоимъчни болести. Разглеждани през тази призма, може да се каже, че съвременните проблеми на храненето на българската нация са свързани по-скоро с нарушеното равновесие между видовете приемани храни, отколкото с недояждане.

Един от съществените проблеми за нацията е развиващото се затлъстяване във всички възрастови групи, като най-остър е той във възрастовата група 45 - 60 години.

Отдавна е изяснено отношението на затлъстяването към захарния диабет, болестите на жлъчния мехур, артериалната хипертония, коронарната болест и др. Освен създаваните от него физиологични проблеми то може да предизвика сериозни социално-психологични последствия за младите хора, израстващи в общество, което цени елегантната линия и атлетичните възможности.

Определящо място сред причините за затлъстяването у нас заема семейната среда, в която се изграждат привычките за хранене още в периода на ранното детство. Но за съжаление в немалка част от българските семейства все още доминира тенденцията на храната да се гледа като на "награда". А данните както в чужбина, така и у нас показват, че вероятността да израснат като затлъстели възрастни е три пъти по-голяма при дебелия деца, отколкото при тези без излишно тегло.

Бързо и лесно решение на проблема "затлъстяване" не съществува. Опитът показва, че при възрастните е трудно да се постигне трайно отслабване. Безспорно установено е обаче, че трайно снижаване на теглото при затлъстели е по-лесно, когато:

- Водят ежедневна сметка за вида и количеството на приеманата храна;
- Избягват ситуации, които биха ги изкушили да преядат;
- Постепенно засилват физическата си активност;
- Използват диети, отговарящи на нормите за рационално хранене.

Втори важен проблем е връзката на нерационалното хранене с възникването на някои заболявания на кръвообращението.

Много са аргументите за ролята на богатата с животински мазнини храна в повишаване нивото на холестерола в кръвта и намаляване това на липопротеините с висока плътност. Доказано е, че посочените отклонения в тези два фактора са свързани с атеросклерозата и други болести на сърдечно-съдовата система.

Установено е, че лица, които консумират храна, бедна на животински мазнини, боледуват по-рядко от сърдечен инфаркт. В страните с ниска честота на коронарната болест не само възрастните, но и децата имат по-ниски нива на холестерин, отколкото мнозина от българските деца.

Солта е също рисков за здравето фактор. Проучванията показват, че една от основните причини за широко разпространената в България поразеност на населението от артериалната хипертония е високото съдържание на готварска сол в консумираната храна. Тази широка поразеност и ролята ѝ на рисков фактор №1 за появата на мозъчни инсулти и сърдечни инфаркти изисква българина да ограничи приемането на готварска сол, което може да се постигне чрез:

- Готвене с малки количества сол;
- Премахване на солниците от трапезата;
- Избягване на свръхсолени колбаси – сланина, пастърма и др.;
- Обръщане внимание на съдържащата се в етикетите на пакетирани храни информация за количеството на солта в тях.

Трети важен проблем е връзката между някои храни и хранителни добавки с възникването на ракови заболявания. Доказано е, че наличието или отсъствието на някои компоненти в хранителните продукти, както и някои методи за приготвяване на храната могат да имат отношение към заболяване от злокачествени новообразувания. Такива са:

- Забранените от здравните органи вещества за подобряване цвета и вкуса на хранителните продукти;
- Плесените в хранителните продукти, отделящи канцерогенния фактор афлатоксин;
- Бедните на “влакнести вещества” /целулоза/ и богатите на мазнини храни;
- Маринованите и печените на въглени храни.

Намалената физическа активност е начин на живот за повече от две поколения българи. Значителна част от нашите сънародници шофират кола или си служат с други превозни средства, когато отиват на работа. Самата работа за повечето от работната сила е свързана със сравнително малка или никаква енергична физическа дейност. Дори при развлеченията си хората са по-често зрители, отколкото участници. Относителната липса на физическа активност сред нацията доведе да намаляване на силовите показатели, адаптационните възможности и спортната форма както сред младите, така и сред възрастните.

През последните няколко години се наблюдава обнадеждаващо възвръщане на интереса към физически упражнения и спортна форма. Мнозина са вече младите хора, които се занимават с колоездене, плуване, аеробика и други форми на физическа активност.

Въпреки нарастващия брой на включващите се във физически упражнения, при повечето от тях това не е системно или достатъчно енергично за постигане на максималната за здравето полза. Честотата на участие е по-висока сред мъжете, отколкото сред жените; сред младите, отколкото сред възрастните; сред по-образованите, отколкото сред по-малко образованите; сред богатите, отколкото сред бедните.

- При спортните занимания на учениците твърде много внимание се отделя на колективните видове спорт, в които участникът не винаги е активен.
- По отношение на работещите в бизнеса спортните програми са изключение. Ръководствата на фирмите недооценяват ролята на тези програми в укрепване и опазване здравето на работниците и в повишаване продуктивността на техния труд.
- Повечето от старите хора не извършват физически упражнения. Това води до атрофия на мускулната им тъкан с неблагоприятни отражения върху правилната стойка, необходимата за ефективни движения мускулна сила, подвижността на ставите им, сърдечно-двигателната им издръжливост.
- Медицинските специалисти не правят необходимото за активното стимулиране на пациентите си към физически упражнения. А когато се препоръчват, те не са с енергичен характер и ползата е ограничена.
- На национално ниво Агенцията за младежта и спорта при Министерския съвет не проявява необходимата инициативност за разгръщане на обществени информационни програми, училищни, студентски и работнически програми и специални проекти за увеличаване участието на българските граждани в спортна дейност.

От казаното по-горе се налага изводът, че българският гражданин ако не желае да боледува, да се инвалидизира или да го постигне преждевременна смърт трябва да възприеме такъв стил на живот, който е в състояние да ограничи максимално риска от вредните за здравето индивидуални навици. Това ще бъде израз на висока култура, себеуважение, отговорност към семейството и обществото и не на последно място – на икономическа целесъобразност. Защото известно е, че здравната ефективност от “грам” профилактика е по-голяма от тази, постигната с “килограм лечение”.

Едно от достойнствата на гражданското общество е, че хората, от които то е съставено, сами избират своя начин на живот. Но този избор не трябва да бъде деструктивен, особено що се отнася до националните приоритети, важно място сред които заема здравето на нацията. В това отношение нараства ролята и отговорността на средствата за масова информация във формирането у всеки български гражданин на поведение, отговарящо на здравословния начин на живот.

ЧАСТ ЧЕТВЪРТА

ОТГОВОР НА ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА

Определянето на здравето и здравеопазването като национален приоритет и първостепенна държавна и обществена задача означава, че реформата на здравеопазването изисква разчупване на тесните рамки на традиционните му медицински функции и заедно това – че се налага утвърждаване на нови гледни точки и нов начин на мислене по отношение на здравните проблеми на нацията.

Глава петнадесета

РЕФОРМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - НЕПРЕКЪСНАТ И НЕОБРАТИМ ПРОЦЕС

Реформата на здравеопазването означава, че неговото развитие се поставя върху нови принципи, които са съобразени със здравните потребности на нацията, и:

- включва по-съвършени адекватни подходи и технологии;
- осигурява условия за партньорство и широки обществени комуникации.

Реформата на здравеопазването следователно представлява неговото постоянно развитие, усъвършенстване и адаптиране към здравните потребности и общественото развитие. Здравните потребности отразяват динамичните промени в здравето на нацията, към които здравеопазването трябва да се адаптира, за да не се изпадне в такова критично състояние, в каквото то се оказа в непосредственото минало. Ето защо след радикалните промени, които сега се извършват, здравеопазването ще премине в етап на развитие и усъвършенстване. Реформата, разбрана като усъвършенстване, ще продължи.

Здравната реформа е необратим процес, защото тя е успоредна на развитието на обществото в неговата цялост, на неговото движение към все по-пълно изявяване на демокрацията, приобщаването на страната ни към европейските ценности, изграждането на все по-съвършени обществени отношения. Здравната реформа е част от цялостното обновяване на България.

1.1. Развитие на икономическите отношения в здравеопазването

Развитието на икономическите отношения в здравеопазването трябва да отговаря на две изисквания:

- на пазарните условия, които се създават в стопанските и нестопанските сектори на нашето общество;
 - задължително спазване на съотношението "разход-полза".
- (а) **при дейностите с делим ефект** – преди всичко в областта на **лечебната помощ** – прилагането на **пазарни елементи** е не само уместно, но и необходимо. Създадената през 1998-1999 г. нормативна основа за реформа на лечебната помощ е съобразена с пазарната логика. Законодателно е осигурено отделянето на собственика и изпълнителя на медицинската помощ от финансиращия орган и е регламентирана автономията на трите пазарни субекта: потребител, изпълнител на медицинска помощ и финансиращ орган.

Демонополизирането на лечебната помощ и развитието на нейната пазарност следва да продължи в две насоки:

- **Първо – развитие на частния сектор** в здравеопазването. **От една страна**, това трябва да стане чрез нормативното осигуряване на условия за стимулиране на **частни инвестиции** в извънболничната и болничната помощ, като следва да се имат предвид и чуждестранните инвеститори. **От друга страна**, развитието на частния сектор следва да се извършва и по пътя на **приватизацията** на лечебни заведения, за която са налице необходимите нормативни положения. Приватизацията изисква сериозно внимание, **както** по отношение на целесъобразността, която трябва да съществува за приватизация на всеки обект, **така и** за предотвратяване създаването на нови монополни или олигополни структури.

Развитието на частния сектор в здравеопазването е обективно необходимо и социално оправдано за постигането на по-добър баланс в здравната система и за адекватно задоволяване на здравните потребности и потребителското търсене на медицински услуги от гражданите. То е необходимо и за задоволяване професионалните интереси и подкрепа на професионализма на лекари, стоматолози и други медицински специалисти.

Обаче именно с оглед защитата на интересите на професионалистите и на социалната пазарна приемливост на частния сектор, неговото развитие следва да се осъществява съобразно определени изисквания за високо качество, регламентирана отговорност, за използването на публични инвестиции в частната практика, контрол върху цените и разходите.

По отношение на част от тези изисквания **лечебните заведения** от частния сектор, които работят по **договор** с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), спазват задължителните разпоредби на Националния рамков договор (НРД). Необходимо е да се развият по-подробно **правилата за използване на публични инвестиции** в частната практика (с оглед на тяхното съответствие с интересите на обществото).

Заедно с това, имайки предвид, че не всички лечебни заведения от частния сектор имат договор с НЗОК, ще бъдат разработени **допълнителни нормативни изисквания**, съгласувани с Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България, относно качеството, цените и отговорността за оказваната медицинска помощ.

- **Второ – развитие на здравноосигурителната система.** Разглеждана в общия контекст на здравеопазването, тя трябва да се развива и усъвършенства. Това се отнася преди всичко за задължителното здравно осигуряване, осъществявано от Националната здравноосигурителна каса. Във връзка с това са необходими редица промени в нормативното уреждане на задължителното здравно осигуряване, отнасящи се до:
 - Промени в данъчното законодателство в посока намаляване на общата данъчна тежест в резултат на преговорите с МВФ;
 - Промени в социално-осигурителното законодателство с оглед постигане на целите за ефективност и икономичност на процеса по събиране на задължителните осигурителни вноски, при най-пълно използване от единната информационна система на единния регистър на осигурените лица;
 - Уеднаквяване на осигурителния доход при отделните категории осигурени и данъчно задължени лица;
 - Уеднаквяване на режимите на определяне и плащане на осигурителните вноски по отделните фондове и категории осигурени лица;

- Хармонизиране на сроковете за плащане на осигурителните вноски; хармонизиране разпоредбите относно здравноосигурителните вноски и кръга осигурени лица; създаване на ясни взаимоотношения между НЗОК, НОИ и НЗС и регламентиране контактите и непрекъснатия обмен на информация между тези ведомства , отразени в Закона за здравното осигуряване и Закона за закрила при безработица и насърчаване на заетостта;
 - Възможностите за финансиране на лечебните заведения, отразени в Закона за лечебните заведения;
 - Възможностите за установяване на приемливи отношения между платците, регламентиране посредничеството на банките при плащането на задълженията към държавата, отразени в банковото законодателство ;
 - Дефиниране на проблемите, които ще се уреждат с подзаконовни нормативни актове;
 - Правомощията за налагане на административни наказания и издаването на свързаните с това актове;
 - Създаване на механизми за авансово заплащане и улесняване процедурите за внасяне на задължителни вноски.
- (b) **задължителното спазване на съотношението “разход-полза”** трябва да се въведе както в цялата инвестиционна дейност на публичното здравеопазване, така и при финансирането на дейностите с неделим ефект /включващи като цяло дейностите в областта на общественото здравеопазване/.

Инвестиционната дейност в публичното здравеопазване трябва да се основава на **разработване и защита на проекти**, с доказване на тяхната целесъобразност и полезност по отношение на разходите /строителство, капитални ремонти, закупуване на дълготрайни материали активи/. Това е най-подходящият начин за рационално инвестиране от страна на държавата и общините, след придобиването на автономия на лечебните заведения. По аналогичен начин трябва да се осъществяват инвестициите и в областта на общественото здравеопазване. Би следвало да се обърне внимание на възможностите за **смесени инвестиции** /публично-частни/, основани също на защитата на проекти.

Финансирането на общественото здравеопазване трябва да се извършва също съобразно ползата, настъпваща при даден разход. В това отношение е рационално въвеждането на програмно финансиране, което да се осигурява при доказана целесъобразност от осъществяването на дадена промотивна, профилактична, медико-социална или друга програма в областта на общественото здравеопазване.

Във връзка с развитието на общественото здравеопазване е необходимо възстановяването на фонд “Обществена профилактика”, попълван със собствени средства от собствени приходи на ХЕИ и използван за подобряване на промотивната и профилактичната дейност.

Спазването на съотношението “разход - полза” в инвестиционната дейност и при финансирането на общественото здравеопазване ще осигури прозрачност и обществен контрол върху разходите.

1.2. Задоволяване на здравните потребности на хората

Както самото здравеопазване, така и неговото реформиране и развитие, е предназначено за гражданите, техните семейства и цялата нация. Системата на здравеопазване трябва да осигурява:

достъпност,

справедливост,
равнопоставеност,
своевременност,
достатъчност
и високо качество

на здравните грижи, в областта на промотивно-превантивните дейности, диагностиката, лечението и рехабилитацията.

Изпълнението на тези изисквания, което ще се извърши чрез здравната реформа, изисква значителни усилия и продължително време.

а) **в областта на промотивно-превантивните дейности** главните задачи са две:

- 1) да се осигури за всички граждани необходимата подкрепа за здравословен избор на начин на живот и поведение. Тази задача включва развитие на системата за разпространяване на здравни знания и здравно образование, усвояването на здравословно поведение и навици, създаване на реални условия за подобряване на здравето, формиране на мотивация за безвъзмездно и доброволно кръводаряване, мониторинг на ефективността на осъществяваните дейности.
- 2) отстраняване, обезопасяване и ограничаване на факторите, които предизвикват заболявания, усложнения и намаляване на работоспособността и социалната активност на гражданите. Тази задача включва повишаване ефективността на Държавния здравен контрол, предотвратяване на епидемичните заболявания, осъществяване на национални, регионални /областни и междуобластни/ и общински профилактични програми.

При осъществяването на тези две задачи е особено важно да се осигури развитието на **службите по трудова медицина, мрежата от здравни кабинети** в училищата и детските заведения и промотивно-превантивните функции на **лечебните заведения за извънболнична помощ** и диспансерите.

Основната компетентност в областта на промотивно-превантивните дейности е в хигиенно-епидемиологичната служба, в която са специалистите по промоция и профилактика. Те трябва да бъдат инициаторите и координаторите на програмите в тази област.

Новите структури на ХЕИ трябва да осигуряват:

- премахване на всички дублиращи се контролни дейности и функции и интегриране на държавния санитарен контрол по отношение на рисковите фактори;
- пренасочване на човешките ресурси към дейности по промоция на здравето и профилактиката на заболяванията;
- засилване и интегриране на гореспоменатите дейности чрез специален отдел за разработване и прилагане на международни, национални и регионални проекти в тези сфери /промоция на здраве и профилактика на болестите/;
- засилване на противоепидемичните мерки и усъвършенстване профилактиката на заразените заболявания;
- подобряване на лабораторната осигуреност чрез интегриране на човешките ресурси и оборудването с технически средства в единен лабораторен блок.

Законът за храните /1999 г./ формира основата за въвеждане на европейски стандарти в тази област, допринасяйки за:

- информираността на потребителя за безопасността на хранителните продукти и техните хранителни качества;
- регулиране на ролята и отговорностите на държавата, производителите и потребителите по цялата хранителна верига в новата икономическа среда, като главната отговорност за безопасността на хранителните продукти пада върху производителя;
- регулиране на функциите за самоконтрол във веригата за производство на храни по отношение на държавните органи, следящи за прилагането на закона;
- определянето и разграничаването на сферите на дейност и отговорност на органите за контрол върху храните в страната.

Българският национален план за действие в областта на околната среда и здравето /НЕНАР/ е разработен в съответствие с принципите на Европейския план за действие в областта на околната среда и здравето и е приет с Решение 314 на Министерския съвет от 29 юни 1998 година. За управление на цялостния процес и изпълнение на Националния план е създаден Междуведомствен съвет със съпредседатели министрите на здравеопазването и околната среда и водите и членове зам.- министрите на 10 ведомства. За изпълнението му на регионално и общинско равнище отговаря съответната областна администрация и община.

Изготвянето на общински планове за действия по околната среда и здраве /ЛЕНАР/ е логично продължение на разработването на Националния план. В някои общини този процес вече е започнал, като дейностите се координират от Министерството на здравеопазването в сътрудничество с Министерството на околната среда и водите. Нашата страна взе активно участие в подготовката и провеждането на Третата министерска конференция по околна среда и здраве в Лондон през м. юни 1999 година.

Законът за здравословни и безопасни условия на труд /1997 г./ е разработен в съзвучие с европейското законодателство в тази област /Директива 89/391/ и въвежда Служби по трудова медицина /СТМ/. Техните главни функции са: оценка на риска на работното място, разработване на мерки за елиминиране или намаляване на рисковете за здравето и безопасността при работа, наблюдение и анализ на здравния статус на работниците във връзка с техните трудови дейности и обучение на работодателите и работниците за здравословните условия на труд. Всеки работодател трябва да сключи договор за тези услуги със СТМ или да създаде своя собствена СТМ – самостоятелно или в сътрудничество с други предприятия. Законът влиза в сила от декември 2000 г.

Следва да се отбележи, че **промотивно-превантивната дейност е задача от национален мащаб, с жизнено важно значение на нацията.** В изпълнението на тази задача съществена роля имат държавните органи и общинската власт, образователната система, органите по охрана на труда и по социалната политика, работодателите, синдикалните организации, както и съсловните организации на лекарите и стоматолозите.

(б) в областта на диагностично-лечебната и рехабилитационната дейност стратегическите задачи съобразени с приоритетите и целите, са следните:

- **стабилизиране на реформата в извънболничната помощ.** За изпълнението на тази задача е необходимо да се осигури:
- подкрепа на самостоятелността на индивидуалните и груповите практики в извънболничната помощ, както и на диагностично-консултативните, медицинските и медико-стоматологичните центрове;

- регулиране на взаимодействието между системата за спешна медицинска помощ и извънболничната първична и специализирана помощ;
- достъпност и своевременност на първичната медицинска помощ, особено в селските райони, като се възложат определени отговорности и на общинската власт;
- стимулиране на промотивно-превантивната дейност в областта на извънболничната помощ, особено по промоция на здравето, профилактичните имунизации, профилактичните прегледи, системно наблюдаване на болните от определени групи заболявания, наблюдение на пациенти от рискови групи или с рисково поведение;
- регулиране на взаимодействието между първичната медицинска помощ и социалните служби на общините;
- развитие и усъвършенстване на студентското обучение по обща медицина и стоматология във висшите медицински училища;
- изграждане и развитие на система за непрекъснато обучение и квалификация на лекари, стоматолози и специалисти по здравни грижи в областта на извънболничната помощ;
- създаване на система за мониторинг на извънболничната помощ и за спазване правилата за добра медицинска практика и етичните принципи на медицинските професии.
- **осъществяване на реформата в болничната помощ**, като усилията трябва да бъдат насочени главно към:
 - изпълнение на нормативните изисквания във връзка с реформата в болничната помощ;
 - постепенно и успоредно с развитието на извънболничната помощ намаляване броя на болничните легла в публичните болници, като към 2001 г. се постигне показател 6-8 легла за активно лечение на 1000 жители, т.е. около 50 000 легла за страната;
 - усвояване на системата за частни легла в публичните болници (до 10% от общия им брой);
 - прилагане на възможностите за създаване на болнични комплекси или мултиболнични системи от холдингов тип с оглед рационалното използване на ресурсите;
 - развитие във всяка публична болница на система за управление на качеството на болничната дейност, включително и програма за иновациите в диагностиката и лечението;
 - въвеждане във всяка публична болница на система за непрекъснато обучение и квалификация на персонала (лекари, стоматолози, други специалисти с магистърска степен, специалисти по здравни грижи);
 - развитие на обществените комуникации и маркетинговите проучвания в болниците;
 - развитие на социалните функции на болницата.

Постоянна грижа на ръководствата на болничните лечебни заведения трябва да бъде финансовото стабилизиране на болницата, без това да се комерсиализира.

Очаква се засилване на автономията на болничните лечебни заведения по отношение на вътрешната им организация. Те ще сключват трудови договори със собствения си персонал, ще могат да влизат в договорни отношения помежду си и ще носят отговорност за разходите, свързани с изпълнението на сключените договори, собствените им управленски разходи, както и за средствата за стимулиране на персонала. Това изисква болниците да прилагат гъвкави и координирани подходи към болничната помощ, като използват клиничния мениджмънт, създаването на тясно профилирани специализирани терапевтични и хирургически звена и тяхното развитие и др.

1.3. Лекарствоснабдяване и фармацевтична промишленост

Фармацевтичният сектор е друга много чувствителна област на реформата. Висок приоритет ще получи разработването на Национална лекарствена политика, която ще се разработва и коригира от МЗ и ИАП. Целите на тази политика са:

- разработване и прилагане на законовите и подзаконовите актове в областта на лекарствата;
- хармонизиране на българското фармацевтично законодателство с това на Европейския съюз;
- изграждане на система за финансиране от държавата чрез МЗ и НЗОК за пълно и частично платени лекарства;
- разработване на правила за добра фармацевтична практика при производството, разпространението и употребата на лекарства;
- решаване на проблема с производството на вирусно инактивирани плазмени препарати;
- проследяване и контрол на системата за производство, доставяне и разпространение на лекарства на територията на страната;
- организиране на система за снабдяване на населението с лекарства за обществено значими заболявания от МЗ и НЗОК;
- организиране на национални образователни програми за рационална употреба на лекарствата от населението;
- разработване на национална програма и система за независима лекарствена информация.

Глава шестнадесета

СТРАТЕГИЧЕСКА РОЛЯ НА ЗДРАВНИТЕ ВЛАСТИ И СМЯНА НА ФОКУСА НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО КЪМ ПО-ШИРОКИТЕ ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ

Намеренията, посочени в предходните раздели на тази част и действията за тяхното практическо реализиране, предоставят шансове за оптимално реструктуриране и развитие на Националната здравна система. Най-общо казано, тези шансове имат две страни:

Първо: Реформата в източниците на финансиране, структурата, функциите, организацията и управлението на националната здравна система създава необходимия за бъдещето развитие на българското здравеопазване стратегически фундамент.

Второ: Освободено до голяма степен от всекидневните грижи за управление на здравеопазните структури, Министерството на здравеопазването получава уникалната възможност да засили вниманието си върху по-универсалните цели на общественото здравеопазване.

Въпреки, че институциите и заведенията на Националната система за здравеопазване не са единствения двигател в стратегията за постигане на по-добро здраве, те заемат ключова позиция в нейната реализация. Тяхната задача е:

- да извършват оценка на здравното състояние на хората по населени места, общини и области;

- да анализират здравните потребности на хората по възрастови групи, пол, професионален и социален статус, образователно и културно равнище, етническа принадлежност, вероизповедание и др.;
- да определят приоритетите в действията за подобряване на здравето;
- да внедряват методи и технологии за подобряване на здравето с доказана медицинска, социална и икономическа ефективност;
- да провокират дискусии на местно ниво по глобалните проблеми на общественото здраве;
- да работят в съдружие помежду си, с други местни публични институции на организациите на гражданското общество при предприемането на действия, произтичащи от целите на Националната здравна стратегия;
- да оценяват резултатите от реализацията на стратегическите задачи на основата на критерия "подобро ли е здравето?".

Крайъгълен камък за всички действия на институциите и заведенията на националното здравеопазване е първоначалната оценка за здравето състояние на хората и на възможностите за най-целесъобразно, ефикасно и резултативно използване на наличните ресурси. Тази задача ще се изпълнява чрез кооперираните усилия и координираните действия на Районните центрове за здравеопазване, Районните клонове на Националната здравноосигурителна каса и Районните колегии на съсловните организации на лекарите и стоматолозите, които са длъжни всяка година да дават отчет за състоянието на общественото здраве.

Новата роля, която се възлага на медицинските специалисти в сектора за първична здравна помощ, с акцент върху промоцията на здравето и профилактиката на болестите, следва да бъде ясно скрепена в договорите между тях, здравноосигурителната каса и общините. Централно място в тези договори трябва да заеме изискването общопрактикуващите лекари да извършват прецизен анализ на настъпилите промени в здравето състояние, както на отделния човек, така и на семейството и на общността.

Стратегическата роля на Министерството на здравеопазването ще бъде фокусирана към оценка на здравето на населението и към програмирането на необходимите действия за подобряване и защита здравето на нацията. В това отношение, увеличавайки функциите на влизащата в състава му структура за здравно-политически анализи и прогнози, Министерството на здравеопазването като централна ръководна институция на националната здравна система:

- ще проследява и оценява състоянието на общественото здраве на основата на провеждащия се за тази цел мониторинг;
- ще въвежда, доказали своята надеждност, методи за изследване и контрол на ефективността от предприетите стъпки за подобряване на здравето, независимо дали са насочени към цялото население, към определена група от него или към промоцията, превенцията, диагностиката, лечението и рехабилитацията на отделните заболявания;
- на базата на оценките за състоянието на общественото здраве ще определя приоритетите, подходите и програмите, ще предприема съответни, произтичащи от неговите правомощия действия, или когато отговорността пада върху друга институция – ще изтъква необходимостта от провеждането им.
- ще вземе всички необходими мерки за осигуряване на безопасна кръв и кръвни продукти.

Глава седемнадесета

ПАРТНЬОРСТВО И МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

Процесите, които характеризират здравето както на отделния индивид, на групата и общностите и на цялата нация са многофакторно обусловени. Проблемите по опазването, укрепването и възстановяването на здравето се решават както с медицински средства, така и с редица други: икономически и социални, материално-технически и технологични, образователни и възпитателни. Това прави безусловно необходимо укрепването на партньорството и междусекторното сътрудничество между държавните и недържавните органи с цел подобряване здравето на нацията.

Едновременно с това следва да се разграничат задълженията и отговорностите по изпълнението на Националната здравна стратегия и плана за действие по нейното прилагане. Отговорностите в тази област трябва да се разпределят между държавните органи и местното самоуправление, синдикатите и съсловните организации, други неправителствени организации, гражданите и техните семейства. Някои специфични въпроси са разгледани в част осма на настоящия документ, като тук вниманието е насочено към акцентите, които по-подробно са включени в плана за действие.

Националните партньори

Българският лекарски съюз и Съюзът на стоматолозите в България, заедно с Националната здравноосигурителна каса, са основните партньори на Министерството на здравеопазването при формирането и осъществяването на националната здравна политика.

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е автономната организация за задължителното социално здравно осигуряване в България, създадена със Закона за здравното осигуряване (1998 г.). Нейната основна функция е управлението на финансовите средства за извънболнична и болнична помощ на гражданите, с оглед универсалното покриване на потребностите и осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ за сметка на осигурителния фонд. Тази функция подчертава влиятелната позиция на НЗОК при формирането на здравната политика, особено по отношение на лечебната помощ. Чрез своите регионални органи (Районни здравноосигурителни каси) във всички административни области в страната, НЗОК осъществява финансирането, а по този начин - и дейността - на цялата лечебна мрежа: от 1 юли 2000 г. на извънболничната помощ, а от 1 юли 2001 г. - и на болничната помощ. Партньорството на Министерството на здравеопазването с НЗОК е задължително условие за напредъка и балансираното развитие на здравеопазването.

Българският лекарски съюз и Съюзът на стоматолозите в България обединяват всички специалисти (лекари и стоматолози) и са законово регламентирани (Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, 1998 г.) като представителни организации на двете съсловия. Техни представители участвуват във Висшия медицински съвет на Министерството на здравеопазването. Националните органи на двата съюза участвуват в разработването и се произнасят по основните законодателни и други актове в областта на здравеопазването. Представители на двата съюза са страна в сключването на Националния рамков договор, който определя режима на оказване и заплащане на медицинската помощ в съответствие със Закона за здравното осигуряване. Заедно с това, двата съюза организират обучението на общопрактикуващи лекари и стоматолози и повишаване на квалификацията им по определени проблеми на общата практика. Едно от техните задължения е осъществяването на етичен и професионален контрол

върху спазването на правилата за добра практика и етичните норми на лекарската и стоматологичната професия.

Едновременно с партньорството между Министерството на здравеопазването, съсловните организации и НЗОК, изпълнението на Националната здравна стратегия трябва да се опира и на **ефективно междусекторно сътрудничество** с други правителствени и неправителствени структури.

Министерство на финансите

Като основен финансиращ орган, министерството спомага за осъществяване целите на здравната стратегия. МФ е страна по сключените заеми за външно финансиране в подкрепа на здравната реформа.

Министерство на околната среда и водите

Негова трябва да бъде грижата за всички аспекти на състоянието на околната среда и за осигуряването на надеждна защита от контаминирането ѝ с вредни за здравето на хората компоненти от химическо, физическо и биологично естество.

Тази грижа и защита се отнася както за въздуха, водите и почвата, така и за обезвреждането на отпадъците и намаляване на шума в населените места.

Министерство на образованието и науката

Политиката на това министерство, в контекста на Националната здравна стратегия, е да насърчава училищата при предоставянето на техните ученици на знания и умения, необходими за формиране на добре информирана и независима преценка за подобряване на тяхното здраве и за неговата безопасност.

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

Дългосрочните програми за училищното здравно образование трябва да имат за цел преодоляване на вредните за здравето навици. Във връзка с това Министерството на образованието и науката трябва да разшири тематиката на сега действащите здравно-образователни програми в посока: лична хигиена, храна и здравословно хранене, вредни за здравето индивидуални навици, рискови за здравето фактори на околната среда, предпазване от битов и транспортен травматизъм, вреда от злоупотребата с лекарства, сексуално образование, образование за семеен живот.

Министерството на образованието и науката, Държавната агенция за младежта и спорта и Министерството на здравеопазването трябва да съгласуват своята работа по отношение на спортните инициативи в училищата, а спортните клубове да осигуряват по-широка база за ориентирания към здравето спорт.

Министерство на земеделието и горите

Основните задачи, които трябва да решава МЗГ в съответствие с целите на Националната здравна стратегия, се свеждат до:

- осигуряване на безопасността на храните за масова
- консумация;
- гарантиране на добива, преработката и продажбата на мляко и млечни продукти, съобразно стандартите на Европейската общност;

- провеждане на действия срещу заболяванията, източници на
- които са домашните животни – туберкулоза, бруцелоза, салмонелоза и други;
- провеждане на изследвания за откриване на рисковете от хранителни добавки и на начини за тяхното отстраняване.

Министерството ще бъде отговорно за информирането на потребителите в избора им на здравословни храни. То ще контролира обозначаването на състава на пакетирани храни.

Министерство на транспорта и съобщенията

Във връзка с високото равнище на пътно-транспортния травматизъм, оставящ след себе си не малко случаи на тежки наранявания, инвалидизации и смърт, Министерството на съобщенията и транспорта трябва да съсредоточи усилията си в три основни области:

- повишаване равнището на общественото съзнание за
- безопасност при пътуване;
- отделяне специално внимание на най-уязвимите при пътно
- транспортни злополуки – децата и старите хора;
- осъществяване на доказали своята ефективност и безопасност проекти за пътно строителство.

Министерството на съобщенията и транспорта, заедно с Министерството на вътрешните работи, Министерството на образованието и науката и Министерството на здравеопазването ще предприемат кампания за безопасността на децата на пътя под девиза "Деца и пътища – как да намалим опасността".

Министерство на труда и социалната политика

Тенденцията за повишаване доходите на населението през последните две години на фона на ниска инфлация и финансова стабилност на държавата е по същество тенденция за повишаване благоденствието на нацията. Независимо от това мрежата за социално подпомагане има съществена роля за осигуряване на доброто здраве на обществото, особено на неговите най-уязвими групи. Задачите на Министерството на труда и социалната политика обхващат организиране, координиране и контрол по осъществяването на държавната политика в областта на:

- доходите и жизнения стандарт,
- общественото осигуряване,
- закрилата при безработица и насърчаване на заетостта,
- пазара на труда,
- социално подпомагане и социални услуги
- социална подкрепа и закрила на децата
- засилване контрола върху осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд.

Министерството на труда и социалната политика, Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса се задължават да осигуряват плавен преход към новата система за здравноосигурително финансиране на здравеопазването.

За изпълнение на Националната здравна стратегия е от съществено значение **тясното сътрудничество с други организации и структури:**

- синдикалните организации и особено онези от тях, в които членуват медицински специалисти и дейци на здравеопазването,
- организации на потребителите,
- организация на пациенти с различни диагнози,
- Български червен кръст
- неправителствени организации, които боравят в областта на здравеопазването,
- университетските центрове и научни организации,
- научните медицински дружества,
- средствата за масова комуникация.

Активното и системно взаимодействие с тези организации е особено необходимо за постигане на съпричастност и подкрепа на широката общественост за осъществяването на националната здравна политика и за задоволяване здравните потребности на гражданите.

Международни партньори

Международните партньори и участници в изпълнението на Националната здравна стратегия могат да осигурят подкрепа в различни области - от идеи, ръководни начала и насоки до финансиране и международно признание. Много от тях изразяват готовност да помагат на България в усилията ѝ да осъществи национална здравна стратегия:

Световната здравна организация (СЗО) ще продължи подкрепата си чрез средносрочни програми за сътрудничество, които включват някои приоритетни области като: разработване на национална здравна политика; осъществяване на здравната реформа, подобряване здравето на жените и децата, намаляване на инфекциозните и хроничните заболявания; здравна промоция и позитивиране на отношението околна среда - здраве.

Световната банка оказва подкрепа на здравната реформа чрез заем от 26 млн. щ. д. за финансиране на Проект за реструктуриране на здравния сектор. Средствата ще бъдат усвоени до 2001 г. и бяха насочени към създаване на капацитет за здравна политика и управление; подпомагане реформата на първична здравна помощ (ПЗП) в пилотни общини, спешна медицинска помощ и трансфузионната хематология.

Сключеното през 2000 г. споразумение за втори заем в размер на 63,3 млн. щ.д. ще подкрепи реализирането на здравната реформа в България и въвеждането на здравното осигуряване чрез изграждане на информационната система на здравноосигурителната система, и финансово подпомагане на извънболничната и болнична помощ.

Банката за развитие към Съвета на Европа участва във финансирането на Проекта за реструктурирането на здравния сектор с финансова помощ в размер на 11 млн. щ. д.

Международен фонд за развитие отпусна безвъзмездна помощ в размер на 482 000 щ. д. предназначена за въвеждане на национално здравно осигуряване. Средствата бяха насочени към: моделиране на програма за здравното о

сигуряване; изграждане на администрация и информационни системи; разработване на основния пакет услуги, договаряне и системи за заплащане на изпълнителите на здравни услуги;

преглед на законодателството и създаване на проекти за подзаконовни нормативни документи; кампания за информиране на обществеността.

Фонд за народонаселение към ООН оказва финансова подкрепа на Правителството на Република България за разработването на "Национална стратегия за HIV/СПИН" и тригодишен проект за укрепване на Националната програма по репродуктивно здраве.

В рамките на Националната стратегия по HIV/СПИН бе извършен анализ на ситуацията и бе даден отговор по проблемите на HIV/ СПИН в страната за петнадесетгодишен период. Стратегията предоставя възможност за реализирането на една цялостна политика, насочена към ограничаване и контрол върху разпространението на HIV/ СПИН и половопредавани инфекции. Конкретните действия по осъществяване на стратегията за седемгодишен период са включени в приетата от Министерския съвет "Национална програма за профилактика и контрол на СПИН и ППБ за периода 2001- 2007 година".

С помощта на проекта за укрепване на Националната програма по репродуктивно здраве ще бъде развита и внедрена Националната програма по репродуктивно здраве с цел подобряване качеството и достъпността на услугите за репродуктивно здраве, както и информираността на населението по отношение на сексуалното и репродуктивно здраве.

По линия на **Отворени програми на Европейския съюз** се финансира дейности по превенция на СПИН, "Борба с рака" и др.

Американската Агенция за международно развитие (USAID) и програмата **TRANSFORM** на немското правителство също активно подкрепят процеса на реформа най-вече във връзка с финансирането на здравната помощ и създаването на здравно осигурителен фонд.

Редица други организации в рамките на двустранното сътрудничество осигуряват подкрепа на здравната реформа - **Агенцията за международно сътрудничество на Кралство Испания, Министерството на здравеопазването на Федерална Република Германия, правителствата на Швейцария, Обединено кралство, Кралство Холандия, и други страни.**

ЧАСТ ПЕТА
ОБХВАТ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

Глава осемнадесета

ВЪЗМОЖНИ КЛЮЧОВИ ОБЛАСТИ И КРИТЕРИИ ЗА ТЯХНАТА СЕЛЕКЦИЯ

Националната здравна стратегия се основава на задълбочени познания на здравното състояние на населението, факторите които го определят и на необходимите действия за неговото подобряване. Не трябва обаче да се счита, че тя е в състояние да реши бързо всеки проблем на здравето и здравеопазването. Нейното главно достойнство се изразява в насочване знанията, усилията, възможностите и ресурсите на гражданското общество към такива универсални и конкретни, реално осъществими цели, адекватни на посочените в Част трета предизвикателства.

На основата на сегашното равнище на знанията, на социалните и икономическите възможности на обществото Националната здравна стратегия е насочена към:

- ключови области, които са от най-голямо значение и при които съществуват най-големи възможности за подобряване на здравето;
- цели и задачи, изпълнението на които зависи от многосекторни координирани действия;
- здравни резултати, които подлежат на наблюдение, измерване и оценяване.

Във връзка с това стратегията се концентрира върху ключови области оценени по критерии, както следва:

Първо. Ключовата област трябва да включва причини, провокиращи високи равнища на преждевременна смъртност, инвалидизация и заболявания с временна нетрудоспособност, т.е. на явления, които причиняват най-големи обществени загуби.

Най-обикновеният и най-обхватен показател за "здраве" е съотношението "живот - смърт", който в продължение на десетилетия се измерва със съотношението "брой на всички починали през календарната година към средногодишния брой на населението". В стратегията обаче се предвижда освен това грубо пресмятане, здравето да бъде преценявано и от гледна точка на преждевременната смъртност чрез показателя "смъртност на хора под 60 годишна възраст" или чрез показателя "загубени години потенциален живот".

По-голяма част от заболяемостта не е фатална. Измерването ѝ обаче е доста по-трудно от това на смъртността, тъй като тя обхваща широк спектър на физическото и психическото здраве. Ето защо в стратегията за оценка на тежестта на заболяемостта са възприети показателите за инвалидността и за временната нетрудоспособност, въпреки че последните се отнасят само за осигурените лица.

Второ. Ключовата област трябва да бъде податлива на интервенция, ефектите от която да водят до подобряване на здравето.

В случая обхватът на възможните подобрения може да бъде доказан при сравнение на здравното състояние на едни и същи възрастови или професионални групи от населението, живеещи в различни части на страната. Стратегията обаче е твърде внимателна към подобни сравнения, тъй като причините за различията биха могли да не са еднакво податливи на промяна.

Трето. Ключовата област трябва да позволява поставянето на цели и задачи, подлежащи на мониторинг и многофакторен корелационен анализ.

Целите трябва да бъдат едновременно предизвикателни и постижими и да позволяват проследяване на изпълнението им да подлежи на проследяване по определени показатели.

В стратегията е възприето разбирането, че за да имат стойност целите, те трябва да бъдат поставени единствено там, където се знае че съществуват реални възможности за подобрение, в добре премерени времеви и количествени параметри. Едновременно с това стратегията се дистанцира от всеки опит за ниско поставяне на летвата.

Глава деветнадесета

СТРАТЕГИЧЕСКИ ИЗБОР НА КЛЮЧОВИТЕ ОБЛАСТИ

Стратегическият избор на ключовите области в Националната здравна стратегия е извършен:

а) На основание на:

- резултатите от системния анализ на здравето на нацията, посочени в Част първа;
- предизвикателствата, породени от несъответствието между наличните възможности за постигане на по-добро здраве и неговото фактическо състояние, посочени в Част трета.

б) При съблюдаване на критериите за селекция на ключовите области, посочени в началото на тази част.

Този подход дава възможност да се дефинират пет стратегически ключови области, всяка от които съдържа портфейл от възможни кооперирани усилия на гражданите и техните семейства, училищата, здравната система, общинските и държавните институции, средствата за масова информация и организациите на гражданското общество, насочени срещу причини и/или фактори, ерозиращи здравето на нацията.

Те са:

Първа ключова област, с портфейл от възможни въздействия за подобряване:

- здравето на бременните;
- здравето на новородените и децата;
- здравето на подрастващите и младежите;
- здравето на лицата от рискови групи, застрашени от факторите, свързани с бедността;
- рехабилитацията на хората с физически недъзи.

Втора ключова област, с портфейл от възможни въздействия за ограничаване на вредните за здравето индивидуални навици:

- тютюнопушене;
- злоупотреба с алкохол и психотропни вещества;
- нерационално хранене;
- заседнал начин на живот.

Трета ключова област, с портфейл от възможни въздействия за намаляване на преждевременната смъртност от:

- исхемична болест на сърцето;
- мозъчен инсулт;
- злокачествени новообразувания;

- злополуки.

Четвърта ключова област, с портфейл от възможни въздействия за ограничаване на заболяемостта и тежестта на боледуването от:

- захарен диабет;
- бронхообструктивни състояния;
- психични разстройства.

Пета ключова област, с портфейл от възможни въздействия за ограничаване на заболяемостта и смъртността от:

- заразни болести;
- заболявания от замърсени храни;
- полово предавани инфекции / HIV / СПИН.

Глава двадесета

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ КЛЮЧОВИ ОБЛАСТИ

Във всяка от ключовите области на Националната здравна стратегия са включени предизвикателни, но осъществими във внимателно премерени срокове, цели и задачи. Три са стратегическите азимути, към които те са ориентирани:

- изграждане на “бариери” срещу негативните демографски тенденции;
- създаване на “катализатори” за ренесанс в биологичните устои на нацията;
- организиране на широк фронт на атака за надеждна профилактика на заболяванията, водещи до най-големи обществени загуби, изразяващи се в: преждевременна смъртност, инвалидност, временна нетрудоспособност, разходи за лечение.

Реалистичността на посочените по-долу цели и задачи е оценена с помощта на система, включваща три критерия: причини за тревога, възможност за подобрене, възможност за поставяне на целта.

Ключова стратегическа област	Стратегически цели и задачи	Критерий № 1 основна причина за тревога	Критерий №2 възможни интервенции за подобрене	Критерий №3 съществува ли възможност да се постави и реализира целта
1	2	3	4	5
I. Здраве на бременните, новородените и децата; подрастващите и младежите; Рехабилитация на хората с физически недъзи	1. Намаляване на гинекологичната заболеваемост до 15 на 1000 души от населението към 2010 г.	32,5 на 1000 души от населението гинекологична заболеваемост	-ежегодни профилактични гинекологични прегледи	Да
	2. Намаляване честотата на абортите до 5 на 1000 души от населението към 2010 г.	10,6 аборт на 1000 души от населението	-образователни програми за подготовка към семеен живот и правилно планиране на семейството; -здравна просвета и образование за използване на надеждни контрацептивни средства.	Да Да
	3. Намаляване честотата на усложненията на бременността, раждането и след родовия период до 1,5 на 1000 души от населението към 2005 г.	3 на 1000 души от населението усложнения на бременността, раждането и след родовия период	-правила за добра медицинска практика, касаещи периодичност и качество на наблюдението на бременността в женските консултации; -разкриване на интразивни консултации за дистансеризация на рискови бременности; -повишаване квалификацията на общо практикуващите лекари в областта на акушеро-гинекологичната помощ и на лекарите работещи в специализирания акушеро-гинекологичен сектор на извънболничната и болничната помощ.	Да Да
	4. Намаляване относителния дял на недоносеността сред новородените до 5 % към 2008 г.	9,5 % недоносеност сред новородените деца	-образователни програми за осигуряване нормалното протичане на бременността; -стандарт за добра консултативна дейност на женските консултации	Да Да

<p>5. Намаляване на смъртността на живородените деца до изписване на майките от родилните заведения до 3 на 1000 живородени към 2008 г.</p>	<p>7,2 смъртност на 1000 живородени деца до изписването на майките от родилните заведения</p>	<p>-радикално подобряване на работата в родилните заведения по профилактиката на родовия травматизъм, хиалинната болест и респираторните разстройства у новородените; -зadължение в портфейлите на индивидуалните и груповите акушеро-гинекологичните практики, в медицинските центрове с акушеро-гинекологичен модул и диагностично-консултативните центрове да се включат медико-генетични консултативни дейности за профилактика на вродените аномалии</p>	<p>Да</p>
<p>6. Намаляване на смъртността на живородените деца след изписване на майките от родилните заведения до 3,5 на 1000 живородени до 2010 г.</p>	<p>10,3 смъртност на 1000 живородени деца след изписване на майките от родилните заведения</p>	<p>-образователни програми за здравословното отглеждане и хранене на новородените деца; -подобряване квалификацията на общопрактикуващите лекари по проблемите на детското здраве; -стандарт за добра консултативна дейност в детските консултации; -социална подкрепа на бедни семейства с новородени деца; -високи стандарти за добра клинична практика в извънболничните и болнични педиатрични структури; -изпълнение на разпоредбите на Закона за защита на детето</p>	<p>Да Да Да Да Да Да</p>
<p>7. Повишаване на здравното и сексуалното образование на подрастващите и младежите</p>	<p>Плодовитостта за 1998 г. 45.1 на 1000 жени на възраст 15 –19 години; ХИВ позитивните са основно във възрастта 21 – 30 години;</p>	<p>-зdrавно и сексуално образование в българското училище като част от задължително избираема общообразователна подготовка; -подготовка на педагогически кадри в областта на здравното и сексуално възпитание; -въвличане и подготовка на младите хора като обучители на своите връстници за здравословен начин на живот и отговорно сексуално поведение</p>	<p>Да Да Да</p>

	8. Повишаване достъпа на подрастващите и младежите до ориентирани към младежите хора консултативни услуги и услуги, свързани с рискови за здравето поведения	Широкоаспектна цел с много направления	-подпомагане развитието на информационно-консултативни и здравни служби и центрове за подрастващи и младежи по проблемите на сексуалното и репродуктивното здраве, употребата на психоактивни вещества и други рискови за здравето поведения; - програми за достъп до отпаднали от училище млади хора с девиянтно и делинквентно поведение;	Да, в някои аспекти
	9. Здравето на лицата от рискови групи, застрашени от факторите, свързани с бедността.	Бглошено състояние на здравеопазването, поради което от факторите, свързани с бедността, са отстранени факторите, които са свързани с качеството на живот на рисковите групи.	- изпълнение на плана за действие за намаляване на бедността в България; - разработване и изпълнение на програма за подобряване достъпността на здравните грижи за рисковите групи, като се осигурят допълнителни източници за финансиране на тази програма, - разработване и изпълнение на програма за здравно образование на рисковите групи, с предимство на етническите общности.	Да, успоредно с развитието на националната икономика и стабилизирането на здравната система.
10. Рехабилитация на лица с физически недъзи	Рехабилитация на лица с физически недъзи	Широкоаспектна цел с много направления	Обхватът на интервенциите варира в широки ареали	Да, в определени ареали
11. Ограничаване на вредните за здравето навици	1. Намаляване до 2010 г. на тютюнопушенето -сред мъжете от 49% на 30%; -сред жените от 23,8% на 10%	Основна предпоставка за висока преждевременна смъртност от заболявания на органите на кръвообращението, рак на дихателната система и на пикочния мехур	Обхватът на интервенциите варира в широки ареали -просветни програми, застъпени във всички видове средства за масова информация; -образователни програми в училищата, имащи за цел да подпомогнат децата при вземане на съзнателни решения за непростъпване към пушене и за подкрепяне на тези решения срещу противоположния натиск от страна на връстници или други сили; -създаване от дейци на културата на творби, подпомагащи хората за изясняване на собственото им чувство за ценност, зрялост и достойнство в отношението им към тютюнопушенето; -въвеждане на държавни стандарти в цигарения бизнес, насочени	Да Да Съществителна

	към производство на цигари с ниско съдържание на смоли; -законови норми ,забраняващи рекламата на тютюневи изделия и на защитаващите правата на непушачите	Да	
2. Намаляване до 2000 г. на системните потребители на алкохол лица над 15 год. възраст	основна причина за: -висока преждевременна смъртност от транспортни злополуки, удавния, цирроза и рак на черния дроб, СПИН	Да	-просветни програми за семейства, насочени към укрепване на умението на детето да прави избор и да взема решения за собственото си здраве на основата на по-добра представа за функционирането на системите в човешкия организъм и за нарушения, които възникват в това функциониране при злоупотребата с алкохол и наркотици;
-мъже от 81,5% на 50%; -жени от 49,5% на 25%. Намаляване злоупотребата с наркотични вещества	-конвекционални и сексуални насилия	Да	-образователни програми в училищата, целящи намаляване натиска от страна на връстници и възрастни, злоупотребяващи с наркотици и алкохол;
		Да	-съдействие от страна на средствата за масова информация за създаване на социален климат, който да поощрява вземането на трезви лични решения при възникване на индивидуални или обществени стресови ситуации;
		Да	-законови разпоредби, задължаващи производителите на алкохолни напитки и на лекарствени средства, съдържащи упойващи вещества да поставят на етикетите предупредителни надписи, подпомагащи потребителите в избягване на вредните ефекти;
		Да	-откриване на широки комуникационни канали между младите хора и медиците по въпросите на алкохолната и наркоманията превенция.

<p>3. Овладяване и снижаване на явленияето "нерационално хранене".</p>	<p>основна причина за високата заболяемост от атеросклероза артериална хипертония и затлъстяване, създаващи предпоставки за висока преждевременна смъртност от заболявания на органите на кръвообращението</p>	<p>-здравна провета по всички възможни информационни канали, насочена към утвърждаване на знания за консумиране:</p> <ul style="list-style-type: none"> • само токова калории, колкото е необходимо за нуждите на организма и за поддържане на телло, отговарящо на здравните стандарти; • по-малко животински мазнини, • по-малко сол; • по-малко рафинирана захар; • сравнително по-комплексни въглехидрати, плодове и зеленчуци; • белтъчини от птиче месо, риба, боб, грах, соя. 	<p>Да, в определени възрастови и социални групи</p>
<p>III. Намаляване на преждевременната смъртност</p>	<p>4. Преодоляване на заседналния начин на живот</p>	<p>Недостатъчната физическа активност се свързва с редица разстройващи здравето болести състояния, като заболявания на коронарните и мозъчните съдове, артериална хипертония, затлъстяване, неинсулинозависим диабет, остеопороза, психически дискомфорт и др.</p>	<p>Да Да Да</p>
<p>1. Намаляване на преждевременната смъртност от болести на органите на кръвообращението във възрастовата група под 60 години с 50% към 2010 г.</p>	<p>Първа по важност причина за преждевре-менната смъртност в икономически активната възрастова група и трета в ранглистата на общата заболяемост</p>	<p>-ограничаване на вредните за здравето индивидуални навици (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нерационално хранене, заседнал живот); -Тренинг за преодоляване на стресови ситуации; -ранно откриване, системно наблюдение и лечение на хиперхолестеролемията, артериалната хипертония, затлъстяването;</p>	<p>Ограничена Ограничена Да Да</p>

	<p>2. Намаляване на преждевременната смъртност от злокачествени новообразувания във възрастната група под 60 год. с 25% към 2010 г.</p>	<p>Втората по важност причина за преждевременна смъртност в икономически активната възрастна група</p>	<p>-ограничаване на вредните за здравето индивидуални навици – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нерационално хранене; -осъществяване на контрол върху:</p> <ul style="list-style-type: none"> • източниците на йонизиращи лъчения; • производствата, свързани с отделянето на канцерогенни вещества; • въздуха, водите и почвата за замърсяване с потенциални канцерогени; <p>-организиране на активен и пасивен скрининг за ранно откриване на преканцерозни състояния или на злокачествени новообразувания в техния I-II клиничен стадий;</p> <p>-осигуряване на съвременна химио и лъчетерапия и хирургично лечение на заболявания от злокачествени новообразувания</p>	<p>Ограничен Да Да Да</p>
<p>IV. Ограничаване на заболяемостта и тежестта на боледването от захарен диабет, бронхообструктивни състояния и психични разстройства.</p>	<p>3. Намаляване на преждевременната смъртност от злополуки във възрастната група под 60 год. с 25% към 2010 година.</p>	<p>Трета по важност причина за преждевременна смъртност в икономически активната група и четвърта в ранглистата на общата заболяемост.</p>	<p>-повишаване отговорността на работодателите и засилване на контрола от държавните и синдикалните органи по отстраняване на факторите, водещи до травматизъм;</p> <p>-разработване на ресурсно осигурени схеми във всяко промишлено предприятие за масова първа медицинска помощ при възникване на аварийна ситуация;</p> <p>-повишаване високостепенността на пътната полиция по спазване правилата на уличното движение и по обезопасяване на пътуващите с моторни превозни средства с колани, каски, въздушни възглавници и др.</p>	<p>Да Да Да</p>

<p>V. Ограничаване на заболяемостта и смъртността от заразни болести и осигуряване на безопасни кръв и кръвни продукти</p>	<p>1. Захарен диабет</p>	<p>Главна причина за тежки органични поражения на периферните артериални съдове на бъбреците, ретината и др., заемащи съществен дял в причините за общата смъртност, инвалидността, заболяемостта с временна нетрудоспособност и в разходите на здравеопазването</p>	<p>-ранно откриване, системно наблюдение и лечение в условията на проблемно ориентирана диспансеризация</p>	<p>Да</p>
	<p>2. Бронхообструктивни състояния – бронхиална астма, хронични бронхити и др.</p>	<p>Важна причина за кардиопулмонални усложнения и за висока заболяемост с временна нетрудоспособност</p>	<p>-диспансеризация с оглед системно наблюдение и ефективно лечение</p>	<p>Да</p>
	<p>2. Психични разстройства</p>	<p>Висока заболяемост – 40,3 на 1000 души от населението, формираща значителна инвалидизация, заболяемост с временна нетрудоспособност и съществени разходи в здравеопазването.</p>	<p>-изготвяне и въвеждане в действие на националната програма за ограничаване честотата и тежестта на стресовите ситуации в индивидуален, трудово-производствен и социален план; -диспансеризация и периодично медицинско наблюдение на лица, във фамилната анамнеза на които има болни с нарушения на душевното здраве; -диспансеризация, комплексно лечение и рехабилитация на депресивните, маниакално-депресивните състояния и разстройствата на личността.</p>	<p>Да Да Да</p>

	<p>4. Увеличаване на броя на безвъзмездните кръводарители до 30 на 1000 души население средно за страната</p>	<p>Безвъзмездните кръводарители са 19 на 1000 души население средно за страната</p>	<ul style="list-style-type: none"> - промоция на безвъзмездното кръводаряване (просветни програми, застъпени във всички видове средства за масово осведомяване) - образователни програми в училищата имащи за цел да запознаят децата с безвредността на акта на кръводаряване и да ги подпомогнат мотивацията им за безвъзмездно кръводаряване - обучение на сътрудници на трансфузионните центрове, БЧК и доброволци за набиране на безвъзмездни кръводарители 	<p>Да</p> <p>Да</p> <p>Да</p>
	<p>5. Внедряване на принципите на добрата производствена, лабораторна и клинична практика</p>	<p>Кръвта и кръвните съставки все още не отговарят на международните изисквания за качество</p>	<ul style="list-style-type: none"> - обучение и преквалификация на персонала на трансфузионните центрове - обучение на лекарите от болничната система за основните принципи при използването на кръвта и кръвните продукти 	<p>Да</p> <p>Да</p>
	<p>6. Решаване на проблема с производството на плазмените препарати</p>	<p>Липсват съвременни технологии за плазмено фракциониране и вирусна инактивация</p>	<ul style="list-style-type: none"> - производство на плазма за фракциониране, отговаряща на международните стандарти - коопериране с производител на плазмени препарати (контрактно фракциониране) 	<p>Да</p> <p>Да</p>

ЧАСТ ШЕСТА

ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ И ЗАДАЧИТЕ – ПОДХОДИ И ОТГОВОРНОСТИ

Националната здравна стратегия е ценна само дотолкова, доколкото осигурява движение напред. Предизвикателството към всички, които са съпричастни към нея, е да гарантират, че целите и задачите са приведени в действие.

Целите, задачите и интервенциите за тяхното изпълнение ще бъдат декомпозирани по области и общини. Но това не означава изключване на общия контрол, координация и отговорност на национално ниво. Новата роля на Министерството на здравеопазването в областта на здравната профилактика, лечебното дело и лекарственоснабдяването, отскоро създадената Национална здравноосигурителна каса, новите законови разпоредби за устройството и функциите на съсловните организации на лекарите и стоматолозите и изявената готовност на другите министерства, са солидна основа за съгласуван подход на национално ниво.

С малки изключения, повечето от целите и задачите в стратегията и отговорностите за тяхната реализация са адресирани към повече от един изпълнител. Във всяка от стратегическите ключови области са включени отделни индивиди, семейства, общини, здравни заведения, училища, масмедии, синдикати и други правителствени и неправителствени органи и организации.

Сътрудничеството при изпълнението на целите и задачите е от особена важност. Но още в началото трябва да се знае, че поради големия брой и разнообразие на заинтересованите страни, то ще бъде трудно.

От не по-малка важност е и **координацията на дейностите** на централно и локално ниво. Координацията на централно ниво изисква от Правителството разнопосочни действия. По-конкретно то трябва:

- да приеме подходящи програми;
- да контролира пряко отговорните пред правителството организации за изпълнението на възложените им цели и задачи;
- да направлява и улеснява трансформирането на желанията в действия;
- да насърчава сътрудничеството между различните ведомства в преследването на стратегическите цели и задачи;
- да утвърждава нови ключови области.

Отговорността за тези действия ще падне най-вече върху министъра на здравеопазването, като за целта към него ще се изгради на функционален принцип група за ръководство на Националната здравна стратегия. Групата ще представлява форум, в който ще бъдат събрани заедно опитът и интересите на заинтересовани от здравеопазването и в частност от Националната здравна стратегия страни. Предвижда се към групата да се формират три експертни комисии:

- Комисия за работа с другите министерства и централни ведомства и със средствата за масова информация;
- Комисия по приоритетите на общественото здраве и по разработка на научни интервенции за постигане на целите и задачите на стратегията;

- Комисия по работата на здравните заведения за изпълнението на целите и задачите на стратегията.

План за действие за реформата в здравеопазването

Националната здравна стратегия "По-добро здраве за по-добро бъдеще" представя стратегическите области в областта на здравната профилактика, превенцията и лечението на социално значимите заболявания, както и свързаните с осъществяването на реформата на българската здравна система. Гарантирането на въвеждането на реформата изисква последователни дейности за внедряване на практика на заложените стратегически цели. Към стратегията е разработен План за действие, който превежда здравнополитическите и стратегически насоки в конкретни цели, дейности и отговорности с точно определени очаквани резултати и срокове. Планът за действие представлява оперативен документ за действие, даващ възможност приетите стратегически решения да се наблюдават и оценяват във времето. Разработеният План за действие обхваща 26 приоритетни области, разпределени в цитираните по-горе 6 стратегически направления. Той фокусира както действията и мерките необходими за осъществяване на целите в стратегически ключови области, така и основните стратегически приоритети за осъществяване на здравната реформа. В действията по осъществяването на здравната реформа се интегрират компетенциите и отговорностите на държавни институции (МС, парламентът, местните власти), както и университетите, съсловните организации, неправителствени организации и частния сектор. *Една реална, ориентирана към здравето реформа може да бъде осъществена само чрез интегриран междусекторен подход във всяка една област на социалния живот като по такъв начин ще бъде постигнато устойчиво подобрение на здравето на населението.*

ЧАСТ СЕДМА

РОЛЯ НА ИНСТИТУЦИИТЕ И ЗАВЕДЕНИЯТА НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Осъществяването на Националната здравна стратегия е задача на държавата и нацията, на политическите сили, синдикатите, на стопанския и културен сектор, на гражданските организации и инициативи, на структурите на здравеопазването. Здравето зависи от множество и разнообразни фактори, затова **грижата за здравето се споделя** във всички измерения - от индивида до обществото и държавата.

Глава двадесет и първа

ТРАНСФОРМИРАНЕ НА ЦЕЛИТЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ НА ОБЛАСТНО И ОБЩИНСКО РАВНИЩЕ

Като основа за формиране на политически и оперативни решения, Националната здравна стратегия трябва да бъде доразработена и развита на областно и общинско равнище. Нейните приоритети и цели следва да се разгледат **от позицията на здравните проблеми в областта и общината**. Изпълнението на Националната здравна стратегия е общодържавна и общонационална задача, а не ведомствено задължение. Това налага инициативата по нейното изпълнение да принадлежи на областната и общинската администрация.

Това изисква:

- идентифициране на проблемите чрез анализ на показателите за оценка на здравето (съобразно подхода в Част I на Националната здравна стратегия), провеждане на социологични и маркетингови проучвания. При извършването на тези дейности трябва да се използва компетентността на широк кръг медицински и немедицински специалисти;
- прогнозиране на очакваната динамика на здравните процеси и проблеми в областта (общината);
- оценка и прогнозиране на ресурсите, необходими за решаването на проблемите;
- програмиране на партньорството и разпределение на отговорностите при решаване на отделните проблеми; използване на възможностите за коопериране на общините, коопериране със стопански организации, участие на неправителствени организации, създаване на "коалиции за здраве", стабилизиране ролята на болничните настоятелства като средство за влияние върху обществеността;
- съставяне на средносрочни планове за решаване на здравните проблеми като част от цялостната политика и програма за развитие на областта (общината);
- развитие на система за обществени комуникации с оглед осигуряване на обществената подкрепа за решаване на здравните проблеми;
- мониторинг и контрол по изпълнение на средносрочната програма.

Областната (общинската) здравна стратегия трябва да даде реален отговор на всички съществени проблеми, отнасящи се до промоцията на здравето, профилактиката на болестите и диагностичните, лечебните и рехабилитационните потребности на гражданите и техните семейства.

Процесът на нейното разработване трябва да бъде максимално открит, да се превърне в средство за включване на гражданите в здравеопазния процес с ясно разбиране на тяхната лична отговорност за собственото им здраве.

Несъмнено това е задача, която изисква висока професионална (медицинска и немедицинска) компетентност, но заедно с това е свързана с определени политически решения, налагащи политическа отговорност. Тази отговорност трябва да се поеме и носи от областната и общинската администрация.

Глава двадесет и втора

РОЛЯ И ОТГОВОРНОСТ НА РАЙОННАТА И ОБЩИНСКАТА ЗДРАВНА АДМИНИСТРАЦИЯ

Изпълнението на Националната здравна стратегия на областно и общинско равнище е основна задача на Районните центрове по здравеопазване и службите (отдели, управления) по здравеопазване в общинската администрация. Те притежават или могат да осигурят необходимата информация за анализа на здравното състояние на населението в областта (общината). Те притежават или могат да осигурят и необходимата медицинска компетентност за този анализ, както и за формулиране на програмните цели и задачи.

Особено внимание се изисква към:

- актуализирането на Областната здравна карта, с оглед на динамиката на здравните потребности и ресурсите за тяхното задоволяване;
- развитието на извънболничната (първична и специализирана) медицинска помощ;
- подкрепата на реформата на болничната помощ с оглед предначертанията в Националната здравна стратегия;
- развитието на взаимодействието и координацията между извънболничната и болничната помощ и между общинското, областното, междуобластното и националното равнище на медицинската помощ;
- координирането и подкрепата на инициативи от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ и от съсловните организации на лекарите и стоматолозите във връзка с непрекъснатото обучение и квалификация на персонала;
- организирането на обществените комуникации в областта на здравеопазването, както и взаимодействието с Районната здравноосигурителна каса, Хигиенно-епидемиологичната инспекция, съсловните организации на лекарите (БЛС) и стоматолозите (ССБ);
- подкрепата на общините при разработване на общинската здравна стратегия;
- мониторинга и контрола по изпълнението на здравната стратегия.

Глава двадесет и трета

ЗАДАЧИ НА ЗДРАВНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Решаването на здравните проблеми на нацията и на всеки отделен гражданин е най-тясно свързано с изпълнението на Националната здравна стратегия от здравните заведения, които работят в областта на промоцията, профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията.

Целите и задачите във всяка една от тези области е специфична за отделните видове и за всяко отделно здравно заведение. Поради това конкретните цели и задачи на здравните заведения не могат да бъдат предмет на Националната здравна стратегия. Те трябва да бъдат формулирани в самите здравни заведения, като се имат предвид постановките в стратегията и задачите в Националния план за действие.

Във връзка с това е необходимо:

- персоналят във всяко здравно заведение, независимо от неговия профил и собственост (публично или частно) , да се запознае с принципите, целите и съдържанието на Националната здравна стратегия;
- на тази основа следва да се намерят пътища за постигане на консенсус относно собствената стратегия за развитие на здравното заведение;
- собствената стратегия на здравното заведение трябва да включва: функционалното и структурното му развитие във връзка с неговата мисия и социалното и финансовото стабилизиране; развитието на неговите връзки с други здравни заведения; вътрешните и външните взаимодействия; информационната система и връзки на здравното заведение; обществените комуникации ; продължаващото обучение и повишаване квалификацията на персонала; професионалното развитие на персонала.

Следва да се има предвид, че изпълнението на Националната здравна стратегия е главното средство за развитието и престижа на здравното заведение.

ЧАСТ ОСМА

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ДЕЙНОСТИ

Високото качество на дейностите в здравеопазването е изключително важен здравен проблем и стратегическа задача в Националната здравна стратеги

В изминалите пет десетилетия от развитието на българското здравеопазване хиляди лекари, стоматолози, специалисти по здравни грижи и други специалисти от здравеопазването, са показали и показват безброй примери и резултати на висококачествена работа в диагностиката, лечението, рехабилитацията, промоцията и профилактиката. Всички тези случаи обаче се дължат на амбицията, способностите, овладяване на знания и умения, стремеж към професионално изявяване и утвърждаване.

Подходите, които се прилагаха през този период за подобряване на работата и повишаване на качеството /"социалистическо съревнование", звание "отличник" и т.н./ включваха като първостепенно изискване "активна общественно-политическа работа", а не професионалните знания и умения. Чрез тези подходи се развиваха умения за "обществено-политическа работа", а не за високо качество на професионалната дейност. Начинът на финансиране на здравните заведения ("остатъчно финансиране" по т.н. "исторически принцип", т.е. въз основа на предшествашки бюджети, а не резултати), както и липсата на конкуренция между тях, създаваше условия за безразличие към качеството, а не стимули за неговото повишаване.

Към това следва да се има предвид и ограничаването на възможностите за професионално изявяване, липсата на механизми за конкуренция между професионалистите, ликвидирането на съсловните организации, ликвидирането на частната медицинска практика като възможност за изява, крайно ниското възнаграждение за труда.

През последните десетилетия това доведе до постепенна **депрофесионализация** на българския лекар и стоматолог, а като резултат – гражданите на страната ни бяха лишени от качествена медицинска и стоматологична помощ.

Повишаването на качеството на здравните дейности следва да се осигури , на базата на национална система за осигуряване и непрекъснато развитие на качеството.

Развитието на качеството в областта на здравеопазването се основава на непрекъснатото му подобряване, като се отчитат трите фундаментални принципа:

- Фокусиране върху потребителите: основната цел е да се задоволяват изискванията, нуждите и очакванията на пациентите или потребителите. Това поставя нови изисквания към здравната система по отношение на организационната структура, организацията на дейността и организацията на персонала и е истинско предизвикателство към сегашните съществуващи методи за въвличане, изслушване и информиране на пациента;
- Развитие на процесите: дейността по осигуряването на здравните грижи е резултат от серия хоризонтални взаимосвързани стъпки и действия, които резултират върху изхода от лечението. При едни и същи обстоятелства следва да се получава един и същи резултат, всеки път с минимум вариации, да се редуцират излишните процеси с оглед на по-доброто задоволяване на нуждите на пациентите, и в самите процеси да се редуцират "тесните места". Това означава, че вниманието следва да бъде фокусирано върху хоризонталната верига на лечението: как пациентът се движи в системата, включваща връзката между първичната и специализираната извънболнична и болничната

помощ и в конкретните заведения, т.е трябва да се гледа тотално на процеса, а не само на изолирани дейности или тесни полета.

- Тотално въвличане на всички участници в процеса: работещите на всички нива на здравната система следва да бъдат включени в дейностите по осигуряване и развитие на качеството.

Националната система за развитие на качеството следва да има една обща цел: всички изпълнители на здравна помощ да развият ефективна система за качество в собствените си заведения, от всички равнища и профили.

Последователността във времето следва да включва следните три фази: информационна фаза, през която всички от здравната система да се запознаят с подходите за развитие на качеството и да определят собствените си отговорности за да могат да развият система за саморегулация; фаза на планиране-разработване на планове за прилагане на системи за саморегулация на качеството; фаза за въвеждане на ефективна система за качеството.

Осигуряването на качеството на здравната помощ изисква определяне и координиране на отговорностите и усилията на всички участници в процеса на оказване на здравна помощ на всички нива - национално, регионално, локално и институционално.

I. НАЦИОНАЛНО НИВО.

Отговорностите се разпределят между:

Министерството на здравеопазването- разработва общите цели и стратегии за развитие на качеството; разработва законовите и регулиращите нормативни актове, с които да осигури въвеждането на системите за регулиране на качеството;

Националната здравноосигурителна каса и другите здравноосигурителни фондове /в бъдеще/ - осигуряват подкрепа за оценка на качеството; организират подходящо наблюдение на пациентското задоволство; ангажират различните специалисти при участие на пациентите за изготвяне на практически справочници и стандарти; въвеждат подходящо пациентско обучение за подобряване отношенията лекар-пациент; мотивират заведенията за здравна помощ за развитие и постоянно усъвършенстване на качеството;

II. РЕГИОНАЛНО НИВО

Регионалните центрове по здравеопазване - извършват консултативна дейност; организират курсове и предоставят информация за необходимите дейности на местния персонал, подпомагат обменянето на опит между различните сектори и извършват информационна дейност по въвеждането на нормативните актове; осигуряват разработването на планове за прилагане на системата от всички здравни служби;

III. ЛОКАЛНО НИВО

Общински и местни служби по здравеопазване- планират по сектори и нива ефективна и възприемана от всички система за качество. Постигането на целите в областта на качеството на локално ниво изисква прилагането на стратегия

"отдолу -нагоре" като се имат предвид следните ключови моменти:

- локалните действия покриват малки територии / регион, окръг, град / и поради тази причина броят на пациентите е ограничен, по-лесно може да се получи информация за локалната здравна система, социалните условия и културалните особености;

- планът за действие се базира на локалните приоритети и съществуващите ресурси;
- възможно е изграждане на партньорство и координацията на партньорството на локално, национално и международно ниво;
- дейностите се предвиждат стъпка по стъпка;
- възможно е да се изгради удобен модел с достижими цели.

IV. ИНСТИТУЦИОНАЛНО НИВО

Институционалното ниво включва болници, диагностично- консултативни центрове, лекарски и стоматологични практики и други лечебни и здравни заведения . Техните мениджъри са отговорни за планирането и въвеждането на дейности по подобряване качеството на здравната помощ , както и за отчитане на резултатите.

Основните дейности, които са необходими на това ниво са:

- **ранжиране на цели** и отговорности;
- **идентифициране** на приоритетните проблеми, свързани с качеството на здравната помощ;
- **определяне на показатели** и критерии за контрол на качеството;
- **измерване и анализ** на критериите;
- **изграждане на мрежа** от стандарти и система за качество и др.
- **разработване на цялостна система** за контрол и управление на качеството на здравната помощ;
- **разработване на програми** за качество, включващи различни дейности /система за вътрешен контрол на качеството, консултации, оценка на дейността на отделни лекари от техни колеги, дискусии на случаи на болни; оценка на пациентското задоволство; анализ на организацията и финансовите дейности; развитие на информационна система вътре в самата здравна организация; обучение на персонала; регулиране на персоналните взаимоотношения и пр./

Задължителен елемент на системата е **управлението на институциите**, включващо следните елементи: определяне и ревизиране на целите за предвидените дейности; информирание на работещите; определяне на приоритетите в съответствие със задачите в зависимост от областта на отговорност; изработване на план за приложение на резултатите .

Изпълнителите на лечебна помощ имат пряката отговорност за лечението и грижите за пациентите и като такива са ключовата фигура по осигуряването и развитието на качеството в здравните заведения. Във връзка с това те следва да придобият съответните знания, отнасящи се до техните служби (вземане на решение, професионални изисквания, търсене и очаквания от страна на пациентите, както и на колегите); да въведат в своята практика обновените знания и умения; да поддържат на ниво знанията си за професионалните норми;

да участват в процеса за развитие на качеството и да следват системата, която бъде възприета.

Сътрудничеството с пациентите е основен момент по осигуряването и развитието на качеството. Пациентите могат и трябва да участват при оценката на качеството на здравните служби винаги, когато това е възможно. Това трябва да се осигури от здравната служба, която активно да въвлече пациентите, които да се грижат за собствените си интереси по-добре, отколкото го правят сега. Информацията от пациентите може да се събира по различни канали-специални кутии, неформални разговори, въпросници, изследване на пациентите, конференции за обсъждане

на очакванията, бюро за жалби, както и формално изслушване на пациентите и техните организации.

Съсловните организации на лекари и стоматолози, както и на фармацевти и специалисти по здравни грижи, следва да играят основна роля в процеса на осигуряване на качеството, особено при провеждането на изпреварващо обучение на членовете си по тези въпроси и е създаването на работни групи по въпроси на качеството, отнасящи се до различните професионални сфери.

Образователните институции също ще играят важна роля в областта на качеството. Обучението по развитие на качеството следва да бъде интегрална част от обучението на здравния персонал, както по време на студентското, така и на следдипломното обучение. Програмите следва да осигуряват на здравния персонал необходимите инструкции и концепции, както и възможността след това същите да бъдат приложени в непосредствената работа.

Научните изследвания в областта на качеството на здравните дейности следва да допринесат за развитието му. Определени изследователски екипи ще играят важна роля в развитието на качеството. Техните основни задължения / отговорности / са: да разработят подходящи методи за оценка, приложими в здравните служби; да участват в провеждането на оценката на качеството на всички нива и в прегледа на общоприетите професионални норми и да осигуряват разпространение на научните резултати.

Повишаването на качеството на здравните дейности е процес, който изисква управление. Това управление трябва да бъде застъпено и да се осъществява на всички нива на управление на здравеопазването.

Управлението на качеството изисква:

- Разработване на цялостна **национална система за управление на качеството в здравеопазването**, която да обхваща качеството на работата във всички здравни институции. Разработването на тази система трябва да се извърши с участието на Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България. Националната система за управление на качеството следва да се основава на концепцията за "тотално управление на качеството", имаща за цел непрекъснато усъвършенстване при поставяне на акцентът върху работата в екип, увеличаване удовлетвореността на потребителя и снижаване на разходите;
- По определена програма, според целите и приоритетите на Националната здравна стратегия, да се пристъпи към създаване на мрежа от **национални стандарти за качество на дейностите в здравеопазването**. Националните стандарти трябва да бъдат съобразени със стандартите в другите европейски страни;
- Да се пристъпи към въвеждане в здравните заведения на съвременни техники за оценка и подобряване на качеството на дейността: протоколи за сравняване и оценка, вътрешна анкета (peer review), медицинска ревизия (одит) и др. Особено място следва да бъде отделено на провеждането на акредитацията на лечебните заведения като изключително важна техника за осигуряване на качеството, предвиждаща непрекъснат процес на осигуряване и оценка на качеството. Важни моменти в този процес на осигуряване и оценка на качеството са оценката на структурата, процесите и резултатите от извършените дейности. на базата на утвърдените от МЗ критерии и показатели, на които следва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване, квалификацията на персонала, както и възприетите стандарти за качествона медицинските услуги. По този начин акредитацията е един напълно законен инструмент за осигуряване на обективна информация, която позволява да се определи мястото на лечебното

заведение в съществуващото пространство между един минимум, който ѝ позволява да съществува и един максимум, който я разграничава от останалите лечебни заведения.;

- Здравните заведения трябва да имат програми за реално подобряване и развитие на качеството на дейностите в тях. За управление на процеса по подобряване на качеството здравните заведения трябва да имат свои органи (комисия, съвет), които да разработват и предлагат програмите в тази област и да извършват мониторинг на тяхното изпълнение. Всяко здравно заведение, независимо от неговия профил или собственост, може да използва свои стандарти за качество, които не трябва да бъдат с изисквания, по-високи от националните;
- Качеството на дейностите в здравеопазването следва да бъде включено като изискване, както в Националния рамков договор, така и в договорите между НЗОК (РЗОК) и изпълнителите на медицински дейности, заедно с представянето на програми за неговото повишаване. В това отношение може да се използва практиката на други страни по прилагането на "договор-програма" за работа.

ЧАСТ ДЕВЕТА

МОТИТОРИНГ НА ЕФИКАСНОСТТА ОТ ДЕЙСТВИЯТА НА НАСТЪПИЛИТЕ ПРОМЕНИ В ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА

Изпълнението на Националната здравна стратегия като цяло и на резултатите от интервенциите във всяка от посочените в Част пета ключови области изискват системна оценка. В най-общи линии тази оценка ще бъде насочена към:

- релевантността и адекватността на изпълнителите и интервенциите по отношение на целите и задачите;
- постигнатия напредък в материализиране на ресурсите за осъществяване на интервенциите;
- степента на ефективност от интервенциите във всяка ключова област;
- степента на икономическата ефективност от интервенциите във всяка ключова област;
- влиянието на интервенциите върху цялостното състояние на здравето на нацията;
- приемливостта на интервенциите от страна на населението

Показателите за оценка на ефективността от интервенциите и за резултатите от постигнатия напредък ще покрият изцяло целите и задачите, съдържащи се в ключовите области на стратегията. Във връзка с това е възприета идеята за систематизирането им в три основни групи:

ПЪРВА ГРУПА: ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ

А. Показатели за живот

- детска смъртност;
- обща смъртност;
- смъртност по възрастови групи;
- смъртност по причини - общо и за всяка възрастова група;
- очаквана средна продължителност на предстоящия живот.

Б. Показатели за начина на живот

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

В. Показатели за "качество на живот"

- показатели за първична инвалидност по възраст и причини;
- показатели за обща инвалидност по възраст и причини;
- показатели за временна нетрудоспособност: честота на случаите, честота на загубените дни, средна продължителност – обща и по причини;
- показатели за отсъствието на ученици от учебни занятия поради заболяване – по причини;
- относителен дял на лицата над 65 години, способни да функционират самостоятелно;
- относителен дял на хората, обитаващи жилища, отговарящи на изискванията за водоснабдяване и канализация;
- заболяемост от болести, предавани чрез водата или предизвикани от контаминирани с вредни агенти храни;
- относителен дял на хората, живеещи в зони с увреждащи здравето замърсители на екологичната среда.

ВТОРА ГРУПА: СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

- брутен вътрешен продукт на човек от населението;
- относителен дял на разходите за здравеопазване от brutния вътрешен продукт;
- разпределение на финансовите средства за здравеопазване по източници на финансиране: задължително здравно осигуряване, доброволно здравно осигуряване, консолидиран държавен бюджет /републикански и общински/, пряко заплащане от потребители, други;
- относителен дял на населението в активна възраст без работа;
- относителен дял на населението на ниво "бедност".

ТРЕТА ГРУПА: ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ

А. Показатели за оценка на първичната здравна помощ

- относителен дял на населението, регистрирано /обхванато/ от структурите за първична медицинска помощ /индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ/;
- брой на медицинските специалисти, работещи в сектора за първична медицинска помощ: лекари, стоматолози, фелдшери, медицински сестри, акушерки, социални работници и др.;
- относителен дял на пациентите, влезли в контакт със специализирания сектор на извънболничната помощ чрез партньорството на сектора за първична медицинска помощ;
- относителен дял от времето за работа на сектора за първична медицинска помощ посветен на нелечебна дейност: промоция на здравето, семейно планиране, санитарен контрол и др.;
- относителен дял на финансовите средства за първична медицинска помощ от общите средства за финансиране на здравеопазването.

Б. Показатели за осигуреност на населението със здравни ресурси

- осигуреност на населението с лекари, стоматолози, фармацевти и с медицински специалисти с колежанско образование;
- осигуреност на населението с болнични легла - общо и по профили на болничната помощ.

В. Показатели за достъпност на населението до здравните структури

- средно време между възникването на спешен случай и оказването на нужната помощ;
- относителен дял на населението, което има достъп до първична здравна помощ - съответно за 30, 60 и повече минути;
- недостиг на здравно обслужване – брой на хората, чакащи по списък за специализирана извънболнична и болнична помощ.

Г. Показатели за оползотвореност на здравните заведения

- обръщаемост на населението за здравна помощ – реигистрирани посещения -общо, по видове и по нива на оказването ѝ;
- относителен дял на обхванатите с имунизации по видове, съгласно имунизационния календар;
- средна продължителност на болничния престой- общо, по видове легла;
- разходи за единица здравно обслужване в извънболнични лечебни заведения и в болниците.

Д. Показатели за приемливост на лечебните заведения

- относителен дял на населението, нежелаещо или отказващо да се възползва от даден вид лечебно заведение;
- относителен дял на населението, доволно от начина на оказване на здравна помощ.

За контрола и оценката на Националната здравна стратегия ще се използват възможностите на добре развитата в страната здравна информационна система. Последната ще даде възможност за събиране, обработка, анализ и съхраняване на необходимата информация на локално и национално ниво.

Резюме

Изходната позиция на Националната здравна стратегия е разбирането, че здравето на нацията трябва да бъде стратегически приоритет на държавата и обществото, а здравеопазването трябва да бъде общодържавна и общонационална задача. Дългосрочното /до 2010 г. / предназначение за подобряване на здравето и развитие на здравеопазването е необходимо за осигуряване обединените усилия на обществото за решаване на здравните проблеми.

Политическият контекст на здравната стратегия включва международни и вътрешни фактори. Периодът, в който ще се прилага стратегията, се характеризира с подготовката и преговорите за приемане на страната ни в Европейския съюз /ЕС/. Във връзка с това стратегията отразява както основните здравнополитически виждания на СЗО, така и водещите програмни решения по здравеопазването в ЕС.

На основата на една изразена политическа и икономическа стабилност и в съответствие с цялостната реформена дейност в страната, от 1998 г. в България реално се осъществява радикална реформа на здравеопазването, която има пълната политическа подкрепа на правителството и парламентарното мнозинство, на асоциациите на лекарите и стоматолозите, на мнозинството от гражданите. Осъществяването на здравната реформа е органично свързано с прилагането на Националната здравна стратегия.

Основната ориентация на стратегията е спрямо здравето на човека, изграждането на гаранции за сигурност и защита на здравето на индивидите, семействата, групите и общностите, с тяхното собствено участие. Акцентът се поставя върху развитието на промоцията на здравето и превенцията на болестите с ангажиране - заедно със здравната система и нейните медицински компоненти - и на редица държавни органи /в областта на икономиката, социалната политика, екологията, образованието/, местното самоуправление /общини/ и секторът на неправителствените организации.

Приоритетът в областта на медицинските дейности се предоставя на първичната помощ, осъществявана от общопрактикуващи лекари, при адекватно развитие на специализираната извънболнична помощ и болничното обслужване. Едновременно с това се осигурява развитието на службите за обществено здравеопазване /промоция, превенция и медико-социални дейности/. Стремешът е да се постигне достъпност и равнопоставеност при ползването на здравните ресурси и покритие на здравните потребности на гражданите при високо качество на здравните услуги.

Тази цялостна промяна на парадигмата на българското здравеопазване има няколко опорни точки:

- ново законодателство, чрез което се създава нормативната основа за промяната и последователното развитие на здравеопазването;
- формиране на нови икономически отношения в сферата на здравеопазването, които осигуряват: премахване на съществуващия от пет десетилетия държавен монополизъм в тази сфера и изграждането на "обществено-частна" /public-private mix/ здравна система; радикална промяна на собствеността на ресурсите и автономия на производителя /provider/ на здравни услуги, на потребителя на услугите (свободен избор, гарантирани права) и на финансиращия орган, който заплаща на производителя; балансиране и защита на интересите на производителя и потребителя; създаване и развитие на механизми за саморегулация на здравната система и високо качество на нейните дейности;
- развитие на партньорството като един от основните подходи за решаване на здравните проблеми на нацията и стимулиране на активността на държавната власт, местното

самоуправление, неправителствените организации и гражданските инициативи в тази област, с поемане на съответни отговорности от отделните партньори;

- укрепване на информационната система и комуникационната политика в областта на здравеопазването, за да се осигури необходимото разбиране на здравните проблеми, единодействие и съпричастност при тяхното решаване;
- развитие на международното сътрудничество на страната ни в областта на здравеопазването: Световната здравна организация /Европейско бюро/, институциите на Европейския съюз, двустранно сътрудничество с европейски и други страни.

Очакваните резултати от прилагането на Националната здравна стратегия и Плана за действие на нейното изпълнение включват позитивни промени по петте приоритета на стратегията:

- ограничаване на негативните тенденции в здравния статус на населението,
- повишаване ефективността на здравната система и приближаването ѝ до стандартите на развитите страни,
- повишаване качеството на здравните дейности в областта на промоцията, профилактиката, лечението и рехабилитацията,
- стабилизиране на системата за финансиране на здравеопазването,
- адаптиране на човешките ресурси и гражданите към новите икономически отношения и структурно-институционалните промени в здравеопазването.

Крайните резултати от прилагането на стратегията ще бъдат: преодоляване на негативните тенденции и създаване предпоставки за подобряване на здравето на нацията и подготвянето на българското здравеопазване за присъединяването на страната ни към Европейския съюз.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРОГНОЗИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В СРЕДНОСРОЧНА ПЕРСПЕКТИВА

Таблица 1: РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КАТО % ОТ БРУТНИЯ ВЪТРЕШЕН ПРОДУКТ % НА НАРАСТВАНЕ

	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	%
РАЗХОДИ ПО КОНСОЛИДИРАНИЯ ДЪРЖАВЕН БЮДЖЕТ							
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ (хил. лв)	1 192 968,6	1 362 520	1 566 898	1 760 407	1 977 829	2 160 240	109%
ПРОГНОЗА БВП (хил. лв)	28 210 000	29 620 000	31 101 000	32 656 000	34 289 000	36 004 000	105%
% ОТ БВП	4,2	4,6	5,0	5,4	5,8	6,0	104%

Таблица 2: ОБЩИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ - ПРОГНОЗНИ ДАННИ ЗА ПЕРИОДА 2001 - 2006 г.

Хил.лв.

	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
I						
РАЗХОДИ ПО КОНСОЛИДИРАНИЯ ДЪРЖАВЕН БЮДЖЕТ						
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ОБЩО	1 192 968,6	1 362 520	1 566 898	1 760 407	1 977 829	2 160 240
В т. ч.						
Заплати и осигур.вноски	757 728,6	785 227	826 187	821 813	818 891	844 316
Издържка	373 462	496 982	636 306	802 868	1 022 494	1 135 924
Капиталови разходи	61 778	80 311	104 405	135 726	136 444	180 000
МЗ	403 299	448 326	509 128	544 294	595 957	618 270
НЗОК	450 291	601 294	716 989	821 593	954 254	1 035 022
ДРУГИ	339 378,6	312 900	340 781	394 520	427 618	506 948
		92%	109%	116%	108%	119%
II						
Външни финансови ресурси	59 700	38 500	40 000	41 000	44 000	50 000
III						
Други корпоративни и институционални източници	3 000	20 000	30 000	50 000	60 000	100 000
IV						
Всичко	1 255 668,6	1 421 020	1 636 898	1 851 407	2 081 829	2 310 240

Забележка: В общия размер на разходите за здравеопазване не са включени сумите за резерв на НЗОК.