



Министерство на здравеопазването



НАЦИОНАЛНА
МРЕЖА НА
ЗДРАВНИТЕ
МЕДИАТОРИ

ОДОБРЯВАМ:

Невена Цанкова

Заместник-министър на здравеопазването

А Н А Л И З

на изпълнението на националните здравни политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции в общините, в които работят здравни медиатори, и на взаимодействието между Министерството на здравеопазването, регионалните здравни инспекции и общините при прилагането на здравните политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции на местно ниво, съгласно Заповед № РД-13-22/01.02.2022 г. на министъра на здравеопазването за създаване на работна група по проект BGД-1.006-0001 „Здравеопазване за всички“

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
1. Демографско и здравно състояние	9
1.1. Административно деление, население и териториално разпределение на населението	9
1.2. Раждаемост и естествен прираст на населението	13
1.3. Смъртност	15
1.4. Детска смъртност	16
1.5. Майчина смъртност	17
1.6. Епидемиология на ХИВ и СПИ в страната	18
1.7. Епидемиология на сифилис в страната	21
1.8. Епидемиология на туберкулоза в страната	23
1.9. Епидемиология на хронични незаразни болести в страната	25
1.10. Социални и икономически показатели	27
2. Функциониране на здравната система	28
2.1. Структура и организация	28
2.2. Финансиране	29
2.2.1. Текущи разходи за болниците по основни финансиращи източници	32
2.2.2. Текущи разходи за извънболнична помощ по основни финансиращи източници по основни финансиращи схеми	33
3. Нормативна база в областта на достъпа до здравеопазване	33
Закон за здравното осигуряване	34
Закон за здравето	35
3.1. Списък на нормативните актове в областта на майчиното и детско здраве, превенцията на полово предаваните инфекции и здравната медиация	36
3.2. Нормативната уредба в областта на майчиното и детско здраве	37
Здравно обслужване в обхвата на задължителното здравно осигуряване	37
Здравно обслужване извън обхвата на задължителното здравно осигуряване	46
3.3. Нормативната уредба в областта на превенцията на полово предаваните инфекции	52

3.4.	Нормативната уредба в областта на здравната медиация	57
4.	Национални политики в областта на достъпа до здравеопазване:	61
4.1.	Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020)	61
4.2.	Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия	72
4.3.	Национална програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезонния грип 2019-2022 г.	72
4.4.	Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017 г. – 2020 г.	73
4.5.	Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в България 2017-2021 г.	73
4.6.	Национална програма за елиминация на морбили и рубеола 2019-2022 г.	73
4.7.	Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ	74
4.8.	Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 г.	77
4.9.	Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ)	78
5.	Национална стратегия на Р България за интегриране на ромите (2012 – 2020 г.)	
	81	
6.	Дейност на регионалните здравни инспекции	82
6.1.	Дейност на регионалните здравни инспекции при прилагане на здравните политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции	82
6.2.	Дейности, изпълнени от РЗИ в областта на превенцията на ХИВ и СПИ	83
6.3.	Дейности, изпълнени от РЗИ в областта на превенцията на туберкулоза.....	85
6.4.	Дейности на РЗИ за осигуряване достъпа до здравеопазване на лица от уязвими групи.	85
7.	Дейност на общините, включително подпомагани от здравните медиатори, при прилагане на здравните политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции.....	90
8.	Основни заключения и предложения за подобряване на координация между централната и местната власт при постигане на здравните цели в областта на майчиното и детско здраве, превенцията на полово предаваните инфекции и здравната медиация	94

8.1. Анализ от въпросника за оценка на изпълнението на националните здравни политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции в общините	94
<i>Анализ на предоставените отговори от общините</i>	96
8.2. Основни заключения и предложения за подобряване на координация между централната и местната власт.....	114
Съкращения.....	118

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравната политика е част от общата политика на държавата, която се обуславя от ясно определени обществени цели, потребности и интереси – здраве и здравно благополучие за гражданите, и се определя като система на дългосрочни стабилни решения, свързани с опазване и възстановяване здравето на гражданите, които са приемливи за всички социални групи.

Здравна политика включва: приоритети, цели, задачи и средства (ресурси и инструменти за въздействие).

Приоритетите на здравната политика са:

- ✓ значими здравни проблеми, изискващи ефективно решаване;
- ✓ значими сектори на системата на здравеопазване, изискващи приоритетно развитие;
- ✓ групи от населението, нуждаещи се от гарантиране и достъп на здравни грижи.

Главен критерий за определяне на приоритетите са здравните потребности на гражданите в тяхната динамика.

При определяне на приоритетите в здравеопазването се ползват следните практически подходи:

- ✓ епидемиологичен подход – ориентация съобразно разпространението на различните заболявания;
- ✓ рисков подход – ориентация към групи от населението с повишен риск;
- ✓ социална значимост – напр. промоция на здравето и здравно възпитание на населението, секунално възпитание на учащите се, семейно здравно обслужване и др.

Основните принципи, на които трябва да отговаря съвременната здравна политика са:

- ✓ държавна, обществена и лична отговорност за здравето, осъществена чрез провеждане на адекватни здравни и социални дейности;
- ✓ формулиране на национална политика, стратегии и планове за развитие, основани на научните доказателства;
- ✓ оценка на потребностите на населението;
- ✓ координация на дейностите с другите сектори на обществено-икономическия живот;
- ✓ укрепване и развитие на общественото здраве като съществен елемент от икономическото и социално развитие, допринасящо за повишаване качеството на живот на населението;

- ✓ активно участие на обществеността и индивидите;
- ✓ развитие на профилактиката – лична, колективна, обществена;
- ✓ прилагане на практически научно обосновани и социално приемливи методи и технологии, универсално достъпни за индивидите и техните семейства;
- ✓ осигуряване на социално равенство, адекватност, достъпност и приемливост на здравните услуги при високо качество;
- ✓ ефективно използване на наличните ресурси;
- ✓ развитие на промоция на здравето, оценка на рисковете и работа с рисковите групи.

Основните цели на прилаганата здравна политика са свързани с:

- ✓ повишаване на ефективността;
- ✓ регламентиране и разширяване на достъпа до медицинските услуги;
- ✓ осигуряване на по-високо качество;
- ✓ преодоляване на съществуващия дисбаланс – териториален и качествен;
- ✓ повишаване на квалификацията на персонала;
- ✓ преодоляване на негативните тенденции в здравното състояние на населението.

Здравно –демографските проблеми с които трябва да се справи здравната политика са:

- ✓ увеличаваща се смъртност;
- ✓ спадаща раждаемост;
- ✓ застаряване на населението;
- ✓ вътрешна миграция с тенденция към урбанизация;
- ✓ емиграция;
- ✓ запазване на тенденциите за задържане и намаляване на разпространението и заболяемостта на социално значими инфекциозни заболявания (СПИН, туберкулоза и др.).

Инструментите, които се използват от здравната политика са: информация, установяване на норми (законодателство), стимули и мотиви, изпълнители.

Индикаторите използвани за оценка на здравната политика са:

- ✓ Възможност: функциониращо здравно обслужване и система за обществено здравеопазване при задоволително качество;
- ✓ Достъпност: без изключение, без физически, икономически бариери и прилагане на принципи, изключващи дискриминацията;
- ✓ Приемливост: приемлива според културните традиции и прилагане на медицински етични процедури и техники, повишаващи здравето;
- ✓ Качество: медицински и научно приемлива и с добро качество.

За изпълнение на приоритетите на здравната политика се разработва Национална здравна стратегия, която следва да идентифицира и създаде подходящ механизъм за интервенция с цел осигуряването на здравословен начин на живот и насърчаването на благосъстоянието на всички хора, за да може да бъде постигнато устойчивото развитие.

Според действащата дефиниция на Световната здравна организация (СЗО) здравето е „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или немощ“.

Здравето следва да бъде основна индивидуална, обществена и институционална ценност – един от основните компоненти на националната сигурност, следователно всеобща грижа и споделена отговорност.

Усилията за подобряване здравето на гражданите трябва да са насочени към постигане на интегрирана здравна профилактика, ефективна здравна система, високо доверие към нея и към ангажиране на всички участващи в предоставянето и получаването на здравни грижи и услуги. Тези усилия обаче трябва да бъдат полагани в един значително по-широк контекст, където сектори извън здравната система имат сериозна и дори преобладаваща роля във формирането на общественото здраве.

Доказано е, че доброто здраве е резултат от взаимодействието между редица фактори, като индивидуални особености, наследственост, начин на живот и поведение, влияние на социално-икономически и културни фактори, околната среда, здравна система и т.н. Всички тези фактори или детерминанти на здравето са в динамично взаимодействие помежду си, като степента на влияние на всеки един от тях е различна в зависимост от спецификите на отделната страна, но като цяло икономическият статус, личното поведение и околната среда имат преобладаваща роля във формирането на здравето на една нация. Така например хората с ниски доходи имат затруднен достъп до здравната система, което води до влошаване на техния здравен статус, а оттам и до задълбочаване на социално-икономическите неравенства. Това определя и специалното внимание, което се отделя на въпросите за снижаването на бедността, преодоляването на неравенствата и осигуряването на необходимия достъп до здравни услуги.

Действията предприети от страна на държавата до момента, включват разработването и изпълнението на редица стратегически документи, като:

- ✓ Национална здравна стратегия 2014-2020 г. и 2021-2030 г.;
- ✓ Национална стратегия за хората с увреждания 2016-2020 г.;
- ✓ Национална стратегия за детето 2008-2018 г.;
- ✓ Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България 2012-2030 г.;

- ✓ Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 г. и 2030 г.;
- ✓ Национална стратегия за дългосрочна грижа;
- ✓ Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г. и 2021-2030 г.;
- ✓ Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България за периода 2017-2020 г. и 2021-2025 г.;
- ✓ Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 г. и 2021-2025 г.;
- ✓ Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г.;
- ✓ Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г. и 2021-2030 г., приоритет „Здравеопазване“;
- ✓ Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. и 2021-2025 г.;
- ✓ Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017-2020 г. и 2021-2024 г.

Националната здравна политика е съобразена с редица международни документи, като:

- ✓ Програма на ООН за устойчиво развитие до 2030 г.;
- ✓ Европейска рамка на политиката за здраве и благосъстояние “Здраве 2020”, СЗО;
- ✓ Концепция „Цели за здраве 2020 г.“;
- ✓ Конвенция на ООН за правата на детето
- ✓ Глобална стратегия за здравето на жените, децата и подрастващите 2016-2030 г., СЗО;
- ✓ Глобална стратегия на Световната здравна организация за превенция и контрол на ХИВ 2016-2021 г.;
- ✓ Глобална стратегия и цели за превенция, грижа и контрол на туберкулозата след 2015 г., СЗО;
- ✓ План за действие за борба с туберкулозата за Европейския регион на СЗО 2016-2020 г. на Регионалния комитет на СЗО за Европа;
- ✓ Глобална стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания, СЗО, 2000 г.;
- ✓ Европейска стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания, СЗО, 2006 г.;
- ✓ Глобална стратегия за храненето, физическата активност и здравето, СЗО, 2004 г.;
- ✓ Глобална стратегия за намаляване на вредата от употреба на алкохол, СЗО, 2010 г.;

- ✓ Рамковата конвенция за контрол на тютюна, СЗО 2005 г.;
- ✓ Глобална стратегия за вирусни хепатити СЗО, 2016-2021 г.

Настоящия анализ има за цел да направи преглед на ефективността на разработените стратегии и програми, които са част от здравната политика в страната, както и да очертава техните положителни и отрицателни страни. Да установи необходимостта от затвърждаване на определени дейности и области, в които е необходимо да бъде продължени интервенциите за постигането на предварително поставените национални приоритети и цели, свързани със здравето.

1. Демографско и здравно състояние

Към 31 декември 2020 г. населението на България е 6 916 548 души. Намаление на населението се наблюдава при последните четири преброявания, като най-голямо е при преброяването през 2021 г. - с 844 хил. души, или с 11,5 % спрямо 2011 година. Населението е предимно урбанизирано и концентрирано в административните центрове на 28-те области. От населението на страната 5 043 186 души, или 72,9 %, живеят в градовете, а 1 873 362 души, или 27,1 % - в селата¹. Повечето търговски и културни дейности са съсредоточени в столицата София.

Основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие са застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора.

Продължава трайната тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата, и то в пограничните северозападни и югоизточни райони, което представлява сериозен проблем за икономическото развитие и за държавното и регионално управление.

1.1. Административно деление, население и териториално разпределение на населението

Административната структура на страната включва 27 области и столицата София-град. Областите се подразделят на 265 общини. Общините се управляват от кметове, които се избират за срок от четири години, както и от пряко избрани общински съвети.

¹ https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2021.pdf

Таблица 1. Статистически зони и региони (В съответствие с номенклатурата на статистическите териториални единици)

NUTS I региони	NUTS II региони	NUTS III региони
Северна и Югоизточна България BG3	Северозападен	Видин, Враца, Ловеч, Монтана, Плевен
	Северен централен	Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра
	Североизточен	Варна, Добрич, Търговище, Шумен
	Югоизточен	Бургас, Сливен, Стара Загора, Ямбол
Югозападна и Южно-централна България BG4	Югозападен	Благоевград, Кюстендил, Перник, София-град, София област
	Южен централен	Кърджали, Пазарджик, Пловдив, Смолян, Хасково

Най-големите по територия области в страната са Бургас, София, Благоевград и Пловдив, а най-малките – Габрово и София (столица)². Най-малката по територия област в страната - София (столица), същевременно е най-голяма по население. Освен нея броят на населението в нито една друга област не надхвърля 1 000 000 души. Най-малка по броя на населението си област е Видин, в която живеят 1,2 % от населението в страната. В област Смолян няма нито един град, който да е с население над 30 000 души. Шест са областите с население над 300 хил. души, като в първите три от тях - София (столица), Пловдив и Варна, живее повече от една трета от населението на страната (35,3%).

Населените места без население са 164. Най-голям е техният брой в областите Габрово, Велико Търново и Кърджали - съответно 62, 54 и 11. В 1 156, или в 22,0% от населените места, живеят от 1 до 49 души включително³.

Половината от населението на страната (50,4%) живее в Югозападния и Южния централен район, а най-малък по брой на населението е Северозападният район - 720 хил. души, или 10,4% от населението на страната.

Таблица 2. Население в страната по области към 31.12.2020 г. (НСИ)

Области	Общо			В градовете	В селата
	всичко	мъже	жени		
Общо за страната	6916548	3349715	3566833	5043186	1873362
Благоевград	301138	146369	154769	181513	119625

² Статистически справочник 2021, НСИ, <https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/StatBook2021.pdf>

³ <https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/DMGR2020.pdf>

Бургас	409750	197692	212058	311247	98503
Варна	470124	228625	241499	390916	79208
Велико Търново	229718	110803	118915	160186	69532
Видин	81212	39487	41725	52439	28773
Враца	157637	77196	80441	92639	64998
Габрово	105788	50874	54914	84546	21242
Добрич	170298	82505	87793	116994	53304
Кърджали	160781	79430	81351	64686	96095
Кюстендил	116619	56699	59920	80924	35695
Ловеч	122490	59580	62910	75680	46810
Монтана	125395	61166	64229	79817	45578
Пазарджик	251300	122821	128479	157414	93886
Перник	120426	58550	61876	93788	26638
Плевен	233438	113082	120356	153832	79606
Пловдив	666398	319851	346547	498739	167659
Разград	109810	53467	56343	51160	58650
Русе	212729	103521	109208	162914	49815
Силистра	106852	52049	54803	46750	60102
Сливен	182551	88576	93975	119023	63528
Смолян	101887	48940	52947	57776	44111
София (столица)	1308412	627198	681214	1249277	59135
София	238476	117261	121215	140641	97835
Стара Загора	311400	150524	160876	216888	94512
Търговище	110027	53665	56362	59592	50435
Хасково	223625	109127	114498	160813	62812
Шумен	171781	83696	88085	102877	68904
Ямбол	116486	56961	59525	80115	36371

Неравномерно е разпределението на населението и по общини. В 74 общини с население под 6 000 души живеят едва 4,0% от населението на страната. В същото време в деветте общини с население над 100 хил. души живеят 41,1% от населението на страната. Най-голяма по население е Столична община (1 308 412), следвана от общините Пловдив (342 048) и Варна (341 516). Най-малката община е Трекляно - 768 души.

Основните фактори, които влияят върху измененията в броя и структурите на населението, са демографските процеси - раждаемост, смъртност и миграция.

Под влияние на промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота и външната миграция предимно на млади хора, продължава процесът на демографско застаряване и увеличаване на дела на населението над 65 години, което през 2019 г. възлиза на 21,6 % при 20,0 % за ЕС.

В края на 2020 г. лицата на възраст 65 и повече навършени години са 1 504 048, или 21,8 % от населението на страната. В сравнение с 2019 г. делът на населението в тази възрастова група нараства с 0,2 процентни пункта.

Процесът на застаряване е по-силно изразен сред жените отколкото сред мъжете. Относителният дял на жените на възраст над 65 години е 25,3 %, а на мъжете – 17,9 %. Тази разлика се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и като следствие от нея – на по-ниската средна продължителност на живота при тях.

Застаряването на населението води до повишаване на неговата средна възраст, която от 40,4 години през 2001 г. нараства до 44,0 години в края на 2020 година.

Процесът на застаряване на населението се проявява както в селата, така и в градовете, като в градовете средната възраст на населението е 43,1 години, а в селата – 46,6 години.

В регионален аспект делът на лицата на възраст 65 и повече навършени години е най-висок в областите Видин (30,0%), Габрово (29,1%) и Кюстендил (27,7%). Общо в двадесет области този дял е над средния за страната. Най-нисък е делът на възрастното население в областите София (столица) – 17,7%, и Варна – 19,4%.

Към 31.12.2020 г. децата до 15 години в страната са 999 014, или 14,4% от общия брой на населението, като спрямо 2019 г. този дял остава непроменен.

Относителният дял на населението под 15 години е най-висок в областите Сливен – 18,5%, и Бургас – 15,5% от населението на областта. Общо в седемнадесет области този дял е под общия за страната, като най-нисък е в областите Смолян – 11,5%, и Габрово – 11,6%. Към 31.12.2020 г. общият коефициент на възрастова зависимост в България е 56,7 %, или на всяко лице в зависимите възрасти (под 15 и над 65 години) се падат по-малко от две лица в активна възраст. За сравнение, през 2019 г. този коефициент е бил 56,4%. Това съотношение е по-благоприятно в градовете – 53,5%, отколкото в селата – 65,9%. Във всички области на страната този показател е над 50,0% с изключение на София (столица) – 48,5%, като най-неблагоприятно е съотношението в областите Видин – 72,1%, Габрово – 68,8%, и Ловеч – 68,2%.⁴

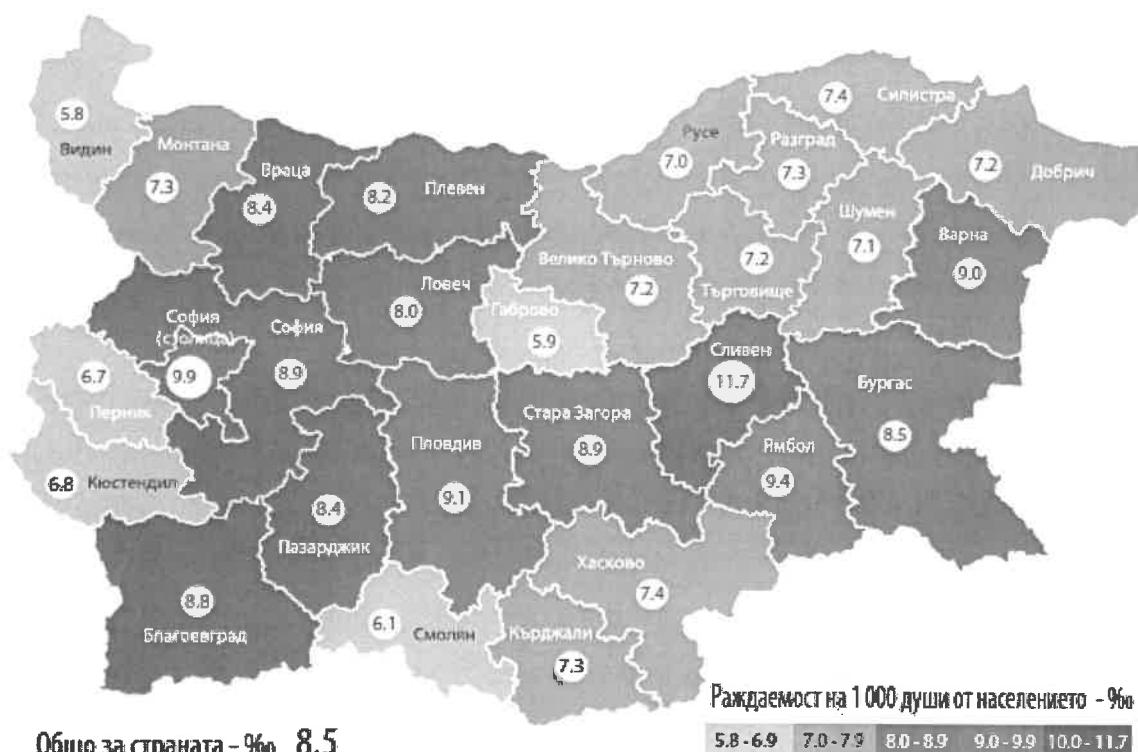
⁴ <https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/DMGR2020.pdf>

1.2. Раждаемост и естествен прираст на населението

Данните за раждаемостта в България през последните десетилетия показват категорична тенденция за намаление, която е обусловена от множество демографски, социални и икономически фактори.

През 2020 г. в страната са регистрирани 59 440 родени деца, като от тях 59 086 (99,4%) са живородени. В сравнение с предходната година броят на живородените намалява с 2 452 деца, или с 4,0%. В сравнение броят на ражданията в страната през 2016 г. е 65 446, като от тях 64 984 (99,3%) са живородени. Коефициентът на раждаемост (брой живородени деца на 1 000 души от средно-годишното население) нараства от 8,6% през 2001 г. на 9,1% през 2016 година.⁵

Фигура № 1. Раждаемост към 31.12.2020 г., НСИ



В градовете и селата живородени са съответно 43 829 и 15 257 деца, а коефициентът на раждаемост е 8,6% в градовете и 8,2% в селата. В регионален аспект най-висока е раждаемостта в областите Сливен – 11,7%, и София (столица) – 9,9%. В деветнадесет области раждаемостта е по-ниска от средната за страната, като най-ниски стойности се наблюдават в областите Видин – 5,8%, и Габрово – 5,9%.

Броят на жените във fertилна възраст (15 - 49 навършени години) в страната, или размерът на родилните контингенти и тяхната плодовитост, оказва съществено влияние върху равнището на раждаемостта и определя характера на възпроизводството на населението.

⁵ <https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/StatBook2017.pdf>

Към 31.12.2020 г. броят на жените във фертилна възраст е 1 452 хил., като спрямо предходната година намалява с 13 хил., а спрямо 2011 г. - със 199 хиляди.

През 2020 г. броят на децата, родени от майки под 18 години, е 2 897. Запазва се тенденцията на увеличаване на броя на децата, родени от жени на възраст 40 и повече навършени години - от 2 284 през 2019 г. на 2 320 през 2020 година.

Средната възраст на жените при раждане на първо дете се увеличава от 27,3 години през 2019 г. на 27,5 години през 2020 година. В регионален аспект средната възраст при раждане на първо дете варира от 30,3 години за област София (столица) до 22,5 години за област Сливен.

Данните за мъртвородените деца през разглеждания период са сравнително идентични в процентно съотношение, като през периода 2000 – 2010 г. те са 0,8 % от всички родени деца, а в следващите години до 2019 г. намаляват на 0,6 %. В териториален аспект съществуващите и в предходните години различия се запазват, като и през 2019 г. раждаемостта е най-висока в областите Сливен (12,4 на живородени деца на 1 000 души население), София град (9,8%), Ямбол и Пловдив (9,3%), а най-ниска в областите Смолян (6,2%), Видин (6,5%) и Русе (6,9%). В градовете има по-висока раждаемост (75 %) в сравнение със селата (25 %), което се обуславя от по-младата възрастова структура на живеещите в големите населени места.

Въпреки тенденцията към намаляване и през 2020 г. се запазва сравнително високият процент на ранни аборти сред момичетата до 19 г. Във възрастовата група 15-19 г. броят на аборти за 2018 г. е 2 003 или 8,5% от общия брой на аборти, за 2019 – 1 891, или 8,8% от общия брой, а за 2020 г. – 1 605, което е 8,4 от общия брой аборти за 2020 г. Наблюдава се тенденция на намаляване на броя на аборти в тази възрастова група, със значителен спад между 2010 г. и 2015 г. и последващ процес на не толкова значима, но стабилна тенденция към намаляване между 2015 и 2020 г. Във възрастта под 15 години броят на аборти е 113 или 0,6% от общия брой на аборти в страната. Тук също се наблюдава намаляване на броя в сравнение с 2019 г.

Таблица № 3. Раждания и аборти (НЦОЗА, 2021)

Години	Rаждания	Аборти	Rаждания	Аборти
	Брой		На 1000 жени от 15–49 г.	
1980	129 176	156 056	60.4	72.9
1990	105 821	144 644	49.2	67.2
2000	74 234	61 378	37.0	30.6
2010	76 105	31 548	42.9	17.8
2015	66 370	27 782	42.3	17.7
2017	64 359	24 287	42.1	15.9
2018	62 576	23 437	41.6	15.6
2019	61 882	21 864	41.9	14.8
2020	59 440	19 328	40.8	13.3

Броят на живородените от майки на възраст под 20 години за 2020 г. е 5 970, или 10,10% от всички живородени. Независимо, че средната възраст на майките при първо раждане в нашата страна нараства чувствително през последните години, все още е най-ниска в рамките на ЕС. Наблюдава се значителен процент тийнейджърска раждаемост.

Таблица № 4. Живородени по възраст на жените (НЦОЗА, 2021)

(на 1000 жени)

Възраст (в настъп- ни години)	1990	2000	2010	2015	2017	2018	2019	2020
Общо	48.9	36.7	42.6	42.0	41.8	41.3	41.6	40.5
до 19	68.3	47.1	43.1	41.3	39.9	40.6	40.9	39.3
20–24	158.4	89.7	73.1	69.7	71.5	69.3	69.3	67.6
25–29	78.3	72.9	86.8	88.1	88.6	88.8	91.3	89.8
30–34	28.8	32.3	65.1	69.7	71.5	72.3	72.8	71.2
35–39	9.4	9.5	26.1	30.6	32.7	32.9	34.0	34.0
40–44	1.8	1.9	4.1	5.9	7.1	7.2	7.7	7.8
над 45	0.1	0.1	0.3	0.7	0.9	0.9	0.9	1.2

Следва да се отбележи, че дълготрайна тенденция за намаляване на раждаемостта се наблюдава и в страните от Европейския съюз (ЕС), където средният коефициент е 9,7 живородени деца на 1 000 души население. Коефициентът на общата раждаемост в България през последните две десетилетия е динамичен (9% през 2000 г., 10% през 2010 г. и 8,8% през 2019 г.) и се доближава до нивото в повечето европейски страни.

1.3. Смъртност

Броят на умрелите лица през 2020 г. е 124 735, а коефициентът на обща смъртност – 18,0%. Спрямо предходната година броят на умрелите се увеличава с 16 652, или с 15,4%.

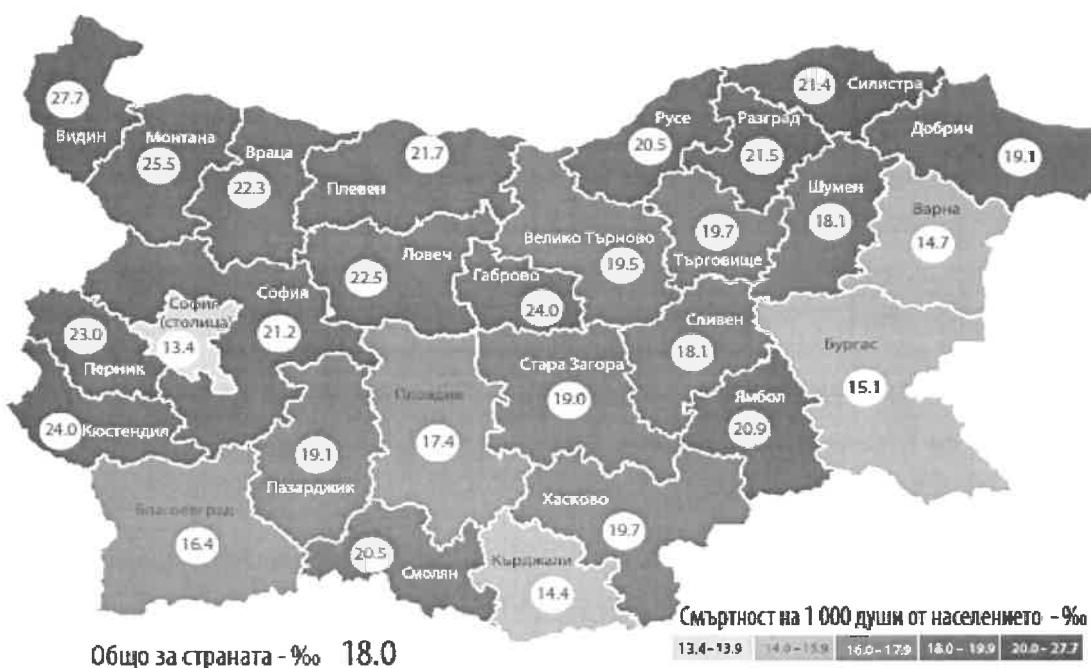
Смъртността сред мъжете (19,6%) е по-висока в сравнение със смъртността сред жените (16,4%). През 2020 г. на 1 000 жени умират 1 122 мъже. Продължават и силно изразените различия в смъртността сред градското и селското население. Коефициентът на смъртност е по-висок в селата (24,2%) отколкото в градовете (15,7%).

През 2020 г. стойността на показателя за обща смъртност по области е в границите от 13,4% до 27,7%. С най-висока смъртност в страната са областите Видин – 27,7%, Монтана – 25,5%, Кюстендил и Габрово – по 24,0%. В шест области смъртността е по-ниска от общата за страната, като най-ниска е в София (столица) – 13,4%.

За сравнение през 2019 г. показателят за обща смъртност по области е в границите от 11,8% в София (столица) до 22,9% във Видин.

През 2020 спрямо 2019 г. във всички области на страната се наблюдава увеличение в стойността на коефициента на обща смъртност. Най-голямо увеличение има в областите Видин – 4,8 %, Разград и Смолян - по 4,6 %. Най-малко е увеличението в областите Бургас – 1,2 %, София (столица) и Ловеч - по 1,6 %.

Фигура №2 Смъртност към 31.12.2020 г., НСИ



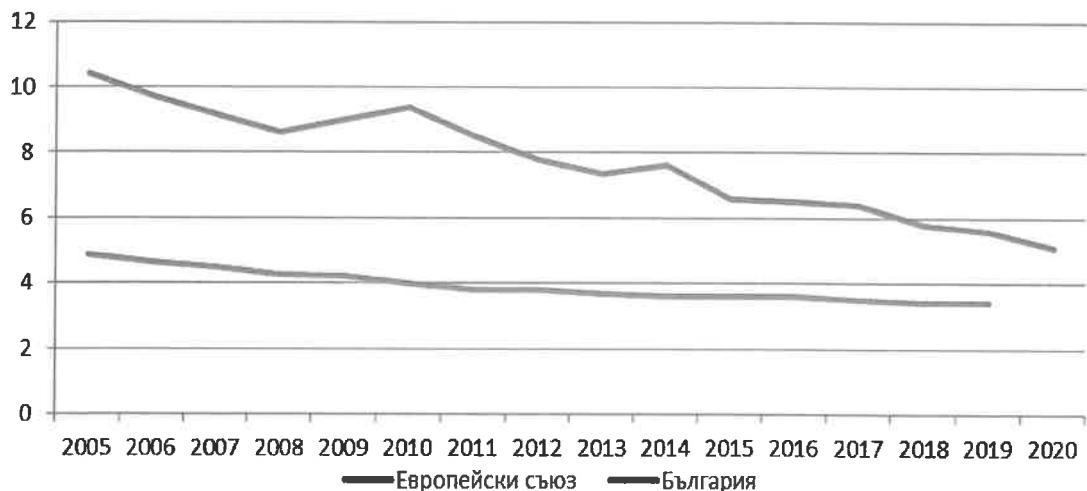
1.4. Детска смъртност

Данните за България показват благоприятни тенденции по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), които продължават да намаляват.

През 2020 г. в страната са умрели 301 деца на възраст до 1 г. (342 за 2019 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 5,6% през 2019 г. на 5,1% през 2020 г. През 2017 г. в страната са умрели 408 деца на възраст до 1 г., 423 за 2016 г., като коефициентът е намалял от 6,5% през 2016 г. на 6,4% през 2017 г.

В регионален аспект през 2020 г. в общо двадесет области коефициентът на детската смъртност е по-нисък от средния за страната, като най-нисък е в областите Русе – 2,0%, и София (столица) – 2,4%. Най-висока стойност на коефициента на детската смъртност е регистрирана в областите Сливен (11,7%) и Монтана (10,8%). В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 8,0% и 4,7% през 2020).

Фигура № 3. Показатели за детската смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)



Данните на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) показват,

Съществено влияние върху перинаталната детската смъртност оказва недоносеността.

Данните за последните години сочат, че ежегодно недоносените новородени са около 10% от живородените, а недоносените мъртвородени са между 68% и 62% от мъртвородените. През 2018 г. броят на недоносените новородени е 6 369, а през 2019 г. – 5 681. През 2020 г. броят на недоносените живи новородени е 5 375, което представлява 9,7% от живородените. Недоносените мъртвородени са 254, което представлява 73,0% от мъртвородените.

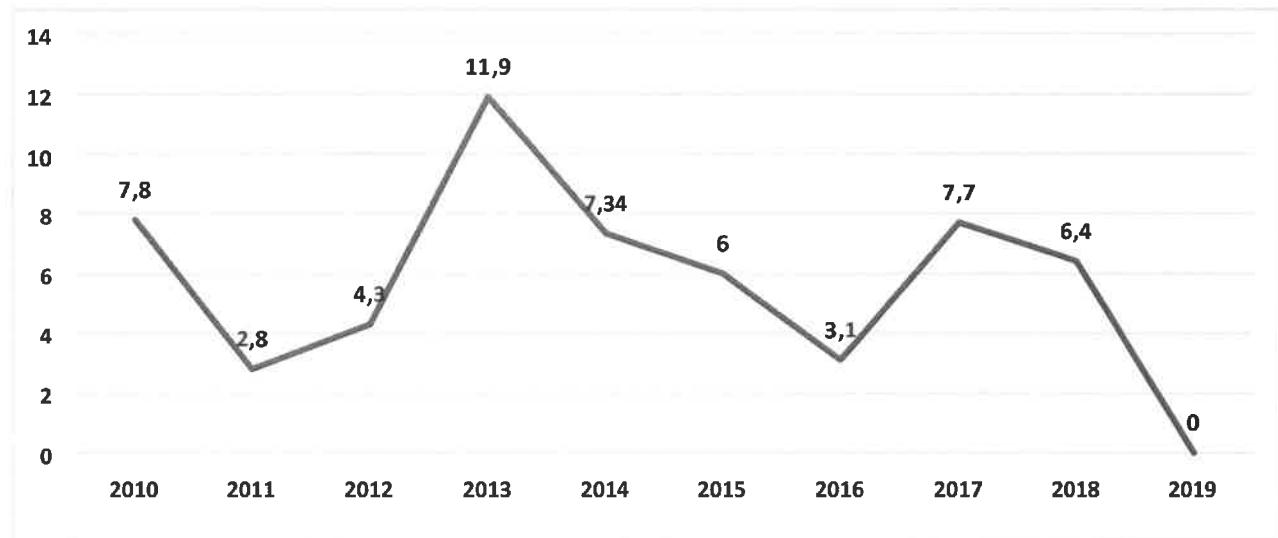
Развитието на методите и възможностите за асистирана репродукция в страната през последните години все повече оказва влияние върху този показател. Средногодишният брой на реализираните раждания след прилагане на методите за асистираната репродукция за 2019 г. се е повишил с 30% спрямо 2018 г. и достига 1112 раждания, при които са родени 1 387 деца.

1.5. Майчина смъртност

Майчината смъртност (умрели по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“, отнесени на 100 000 живородени) е здравен индикатор, който е показателен за качеството на здравните услуги за бременни и родилки. Данните за България показват стабилна тенденция за намаление – от 19,07‰ през 2001 г. до 7,8‰ за 2010 г. В периода 2010 - 2019 г. показателят варира, като най-високата му стойност е отчетена през 2013 г. (12‰), а най-ниската – през 2019 г., когато няма нито една починала родилка. За 2020 г. е 6,8‰, докато за 2018 г. този показател е 6,4‰.⁶

⁶ НПМДЗ 2021-2025

Фигура № 4. Коефициент на майчина смъртност (2010 – 2019 г.), НПМДЗ



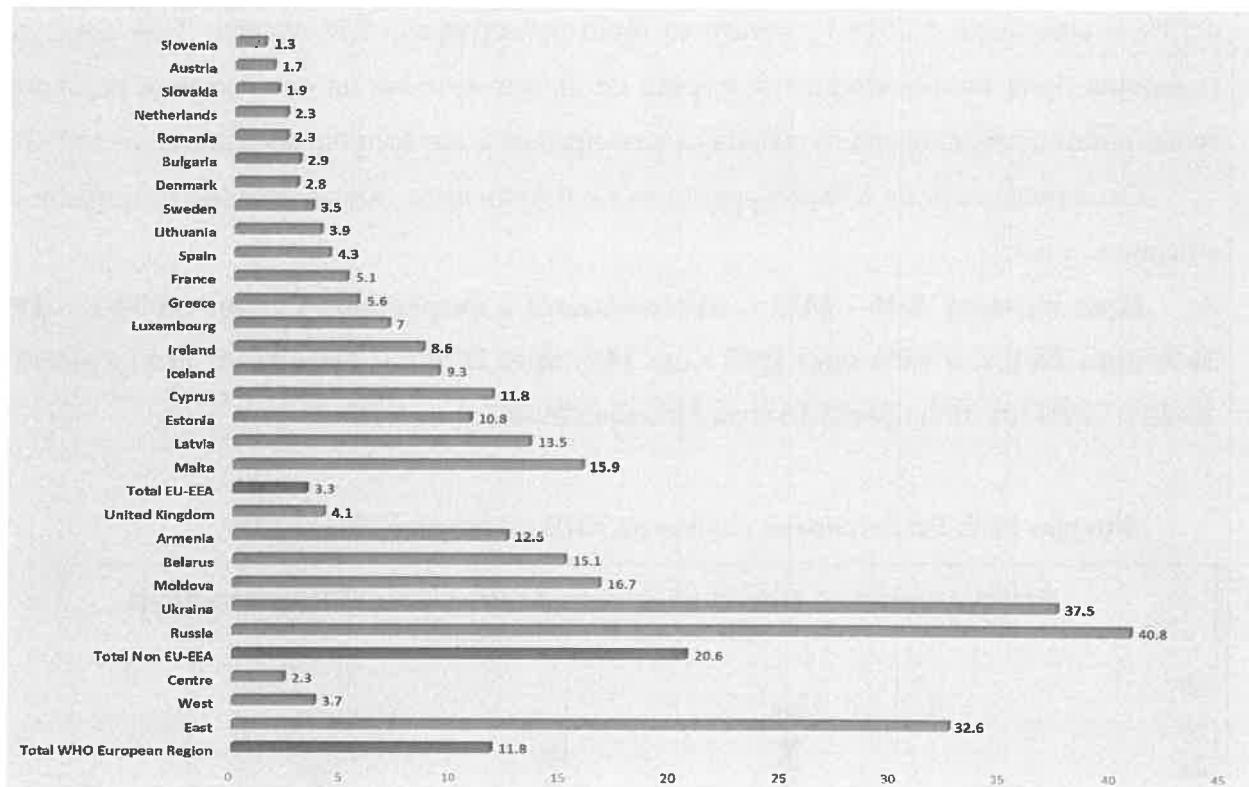
1.6. Епидемиология на ХИВ и СПИ в страната

В края на 2020 г. 37,7 млн. (30,2 млн. – 45,1 млн.) души по света са живели с ХИВ, новоинфицираните са 1,5 млн. а смъртните случаи са 680 000. В световен мащаб през 2020 г. близо 73% от инфицираните получават антиретровирусна терапия. 85% (63>98%) от бременните жени, живеещи с ХИВ, са имали достъп до антиретровирусни лекарства, за да предотвратят предаването на ХИВ на детето си през 2020 г. Жените и момичетата представляват 50% от всички нови инфекции през 2020 г.

В изпълнение на дейностите по Национални програми за превенция и контрол на ХИВ и СПИ в периода 2004-2008 г., 2009-2015 г. и 2017-2020 г. и в резултат на предоставяните услуги в страната се постигна устойчиво задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ - под 1% сред общото население и недопускане развитие на концентрирана епидемия сред групите в най-висок риск.

Според ECDC новорегистрираните случаи на ХИВ в България за 2020 г. представляват 2,9 на 100 000 население, а средният показател за страните от ЕС през 2020 г. е 3,3. (Източник, 2021-2020 , ECDC/WHO, HIV/AIDS Surveillance in Europe).

Фигура № 5. Новорегистрирани случаи на ХИВ в Европейския регион и Европейското икономическо пространство – 2020 г.



Източник, 2021 - 2020 г. ECDC/WHO, HIV/AIDS Surveillance in Europe

В периода 2016 - 2020 г. в България са регистрирани общо 1 216 случая на инфектирани с ХИВ лица.

Фигура № 6. Новорегистрирани случаи на ХИВ в България 2016-2020 г.



*Източник: Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ (2017-2020),
МЗ*

Годишният брой регистрираните случаи се увеличи от 207 през 2016 г. до 311 през 2018 г. Броят на новорегистрираните случаи на ХИВ - серопозитивни лица през 2020 г. е намалял с 23% в сравнение с 2019 г., когато са били регистрирани 258 случаи. Това намаляване в годишния брой на новооткритите случаи се дължи основно на намаляване на търсене на медицинска помощ поради създалата се извънредната епидемична обстановка от COVID-19.

Съотношението на инфектиралите мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи в периода е 6,4:1.

През периода 2016 - 2020 г. най-засегната е възрастовата група 30-39 г. - 39% (от 36% през 2016 г. и 44% през 2017 г. до 34% през 2020 г.), следвана от възрастовата група 20-29 г. - 29% (от 35% през 2016 г. до 30% през 2020 г.).

Фигура № 7: Регистрирани случаи на ХИВ по възраст 2016-2020 г.

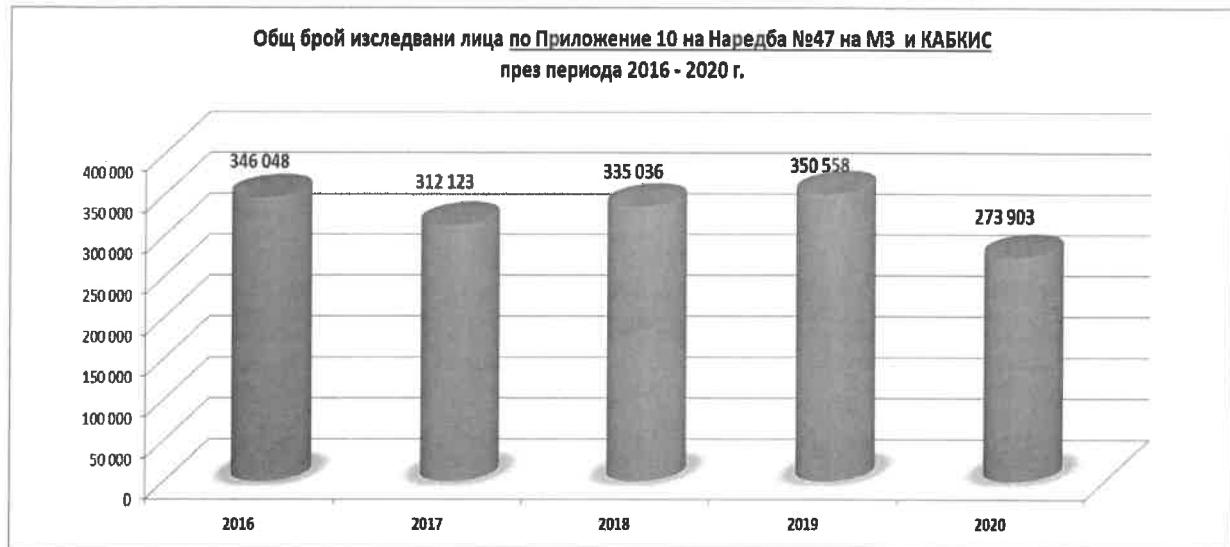


Източник: Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ (2017-2020), МЗ

В периода от 2016 до 2020 г. 1 617 668 лица са получили бесплатно консултиране и изследване за ХИВ по реда на Наредба 47 на МЗ и в кабинетите за анонимно, бесплатно, доброволно консултиране и изследване за ХИВ (КАБКИС), като 10,4% от тях са бременни жени (от 12% през 2016 г. до 9% през 2020 г.).

Наблюдава се тенденция за намаляване на общия брой изследвани лица поради епидемия от COVID-19.

Фигура № 8: Изследвани лица по Приложение 10 на Наредба №47 на МЗ и КАБКИС



Процентът на изследваните родилки за ХИВ - инфекция през периода 2016-2020 г. е около 54%. От 64% през 2016 г. до 41% през 2020 г. по причина на COVID-19 епидемията.

Родените с вертикален път на предаване на инфекцията в периода 2016 – 2020 г. са единадесет (11), като осем (8) от тях са провеждали антиретровирусна терапия през 2020 г. Възрастовия диапазон на децата е от новородено до 9 годишна възраст.

1.7. Епидемиология на сифилис в страната

Разпространението на някои сексуално предавани инфекции е маркер за рискови поведения, които се свързват с разпространението на ХИВ.

По данни на Европейския център за контрол на инфекциите (ECDC) през 2018 г. са докладвани 33 927 потвърдени случая на сифилис в 29 държави-членки на ЕС/ЕИП, като общ процент на уведомяване е 7,0 случая на 100 000 души от населението.

Съобщените нива на сифилис са били девет пъти по-високи при мъжете, отколкото при жените и са показвали пик при 25-34-годишни мъже (29 случая на 100 000 души от населението).

В нашата страна най-голям е процента на заразяване със сифилис сред групата на хетеросексуалените. През периода 2016-2020 г. той е около 55%.

Заболеваемостта от сифилис през 2016 г. е на нивото от предходната година и е 5,3 на сто хиляди души от населението. През 2017 г. тя е 7,5 и е най-висока за наблюдавания пет годишен период. От 2018 г. започва постепенно да намалява на 6,4 и 6,2 през 2019 г. достигайки до 4,7 на сто хиляди души от населението през 2020 г.

Фигура № 9: Заболеваемост от сифилис

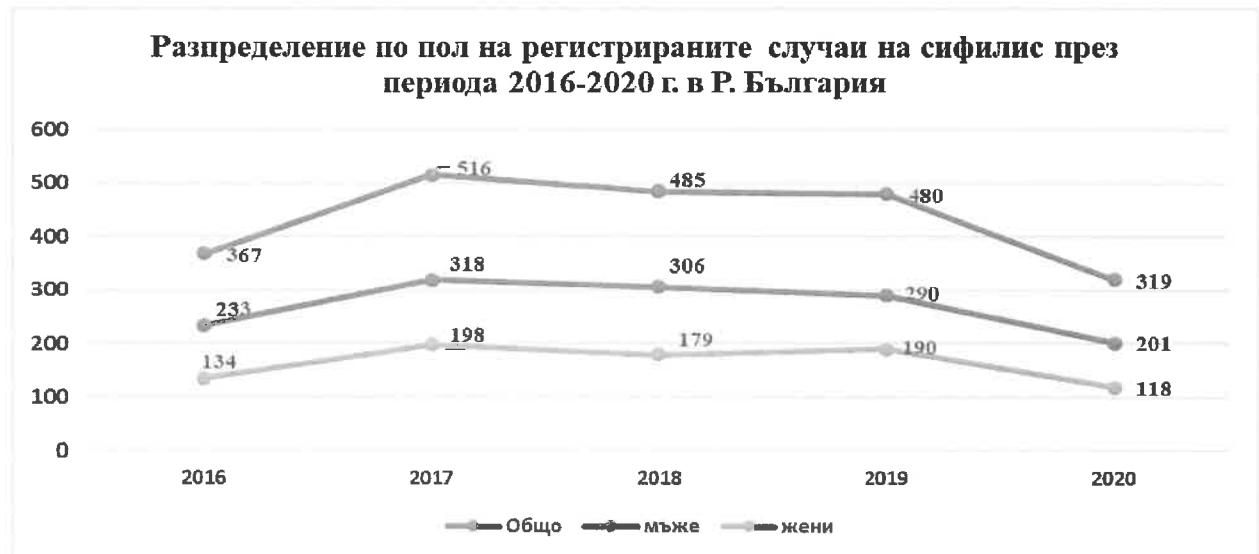


Източник: НЦОЗА

През 2016 г. - 2020 г. 62 % от регистрираните случаи на сифилис са сред мъжете. В годините този процент се движи от 63% през 2016 г., 2018 г. и 2020 г. до 60% през 2019 г.

През 2017 г. този процент е 62%. За същия период 38% от случаите на сифилис са сред жените. Най-висок е той през 2019 г. - 40%, а най-нисък през 2016 г. и 2020 г. – 37%. И при двета пола няма тенденция за рязка промяна в броя на случаите през наблюдавания период.

Фигура № 10: Разпределение по пол на случаите със сифилис



Източник: НЦОЗА

Направения анализ на данните показва заболеваемост от сифилис над средната за страната в периода 2016-2020 г. в областите: Бургас, Велико Търново, Враца, Добрич, Перник, Плевен, Пловдив и Сливен.

Регистрираните случаи на вроден сифилис през периода 2016-2020 г. са се увеличили средно със 79%. От 8% през 2017 г. до 192% през 2019 г. спрямо 2016 г.

Фигура № 11: Заболяемост от вроден сифилис



Източник: ЕСДС

1.8. Епидемиология на туберкулоза в страната

По данни на СЗО през 2020 г. в световен мащаб 9,9 млн. са заболелите от туберкулоза, 1,5 млн. са починали от заболяването, а от 2000 г. до сега са спасени около 66 млн. живота чрез правилна диагностика и лечение. Туберкулозата е налице във всички страни и възрастови групи. Но туберкулозата е лечима и предотвратима.

В България е налице тенденция за трайно намаляване на заболяемостта от туберкулоза - от 38,5 на 100 хил. население през 2008 г. до 21,3 през 2016 г., 20,0 през 2017 г., 18,4 през 2018 г., 18,5 на 100 хил. души през 2019 г. и 13,0 на 100 хил. през 2020 г. по данни на НЦОЗА.

Фигура № 12: Заболеваемост от туберкулоза през периода 2016-2020 г.



Източник: НЦОЗА

Общият брой на регистрираните с туберкулоза лица през 2020 г. е 930 души, спрямо 1 344 за 2019 г. За сравнение през 2016 г. техният брой е 1 603.

През 2020 г. се наблюдава значително намаляване на случаите на туберкулоза сред децата от 0 до 17 г. - 28 случая, което е 3% от всички случаи в страната. През 2019 г. са регистрирани 67 деца с туберкулоза, а през 2016 г. – 164.

Запазва се тенденцията броят на мъжете да е над два пъти по-голям от този на жените. Най-засегнати са възрастовите групи, както следва: над 65 г. (25%); от 55-64 г. (20,3%) и от 45-54 г. (19,6%).

Фигура № 13: Регистрирани болни от туберкулоза през периода 2016-2020 г.



Източник: Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата 2021-2025 г.

През 2020 г. са регистрирани 3 578 контактни на болни от туберкулоза лица, като над 1 304 от тях са обхванати с химиопрофилактика.

Фигура № 14: Контактни на болни от туберкулоза през периода 2016-2020 г.



Източник: Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата 2021-2025 г.

Независимо от намаляването на заболеваемостта в България, все още има региони, в които тя е над средната за страната. През 2020 г. такива са областите Враца – 34,5, Габрово – 21,6, Силистра – 20,4, Благоевград – 20,2, Видин – 19,3, Перник – 18,5, Пловдив – 18,3, Ловеч – 18,0, Монтана – 16,5, Бургас – 16,4, Добрич – 16,3, Сливен – 15,8, Русе – 13,9, Ямбол – 13,6, Разград – 13,5 и Плевен – 13,1.

С финансовата подкрепа на Глобалния фонд и Световната здравна организация в периода 2009-2020 г. е осигурено лечението на 304 пациенти с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB) в специализираната болница в Габрово, където е изграден специално оборудван сектор, съобразен със световните стандарти за инфекциозен контрол.

1.9. Епидемиология на хронични незаразни болести в страната

Инсултът е бил водещата причина за смърт в България през 2018 г., като е довел до почти 20 % от всички смъртни случаи. Смъртността от исхемична болест на сърцето е следващата по ред водеща причина, която е довела до 11 % от всички смъртни случаи, независимо от рязкото им намаляване от 2000 г. насам. Спадът е бил по-изразен сред жените, отколкото сред мъжете, отчасти поради намаляването на някои поведенчески рискови фактори, както и поради подобрената ранна диагностика и лечение и увеличената употреба на лекарства за хипертония.

Онкологичните заболявания са втората причина по смъртност в България. Въпреки че заболяемостта от рак в България е по-ниска от тази в ЕС, общата смъртност от рак (258 смъртни случая на 100 000 души от населението) е близка до средната за ЕС (264 смъртни случая на 100 000 души от населението). По-ниската заболяемост в съчетание със средните стойности на преживяемостта при ракови заболявания и ниската степен на използване на профилактични и скринингови прегледи показват, че е налице равнище на недостатъчно диагностициране или съществуват проблеми при осигуряването на ефективно лечение. Основните видове рак при мъжете са рак на простатата (25 %), рак на белите дробове (17 %) и колоректален рак (14 %), докато при жените на първо място е ракът на гърдата (27 %), след който са колоректалният рак (13 %) и ракът на матката (9 %). Ракът на белите дробове е най-честата причина за смърт от рак, следван от колоректалния рак.⁷

СЗО съобщава, че около 30% от случаите на смърт от злокачествени новообразувания са в резултат на пет основни фактора на риска, които са свързани главно с поведението на хората – повишен индекс на телесна маса, недостатъчна консумация на плодове и зеленчуци, ниска физическа активност, тютюнопушение и злоупотреба с алкохол. Употребата на тютюневи изделия, например, е причина за 20% от случаите на смърт от злокачествените

⁷ https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

новообразования и 70% от смъртността от рак на белите дробове⁸. Непълноценното хранене, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, са изиграли определена роля за 29 % от всички смъртни случаи през 2019 г. - това е най-високият дял в ЕС. Тютюнопушенето е било една от причините за приблизително 18 % от всички смъртни случаи, докато около 7 % се дължат на употребата на алкохол, а 2 % - на ниските равнища на физическа активност.

България е с най-високи равнища на тютюнопушене сред възрастните и юношите.

Въпреки, че напоследък България постигна известен напредък по отношение на контрола на тютюна тютюнопушенето продължава да бъде основен проблем за общественото здраве. Равнището на тютюнопушенето сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2019 г. почти всеки трети възрастен (29 %) е пушил всекидневно. Тютюнопушенето сред юношите (32 %) също е причина за сериозно беспокойство, особено тютюнопушенето сред момичетата: през 2018 г. около 38 % от 15-годишните момичета са съобщили, че са пушили през последния месец - най-високият процент в ЕС при момичетата - в сравнение с 26 % от момчетата.

Наднорменото тегло и затлъстяването при юношите са все по-голям проблем за общественото здраве.

Равнището на затлъстяване при децата в България (19 %) е равно на средното за ЕС през 2018 г., докато равнището на затлъстяване при възрастните - 13 % през 2019 г. - е на трето място от най-ниските равнища сред държавите от ЕС и е значително под средното за ЕС от 16 %. Както и в други държави, непълноценното хранене е основният фактор, който причинява наднорменото тегло и затлъстяването. Консумацията на плодове сред възрастните в България е много ниска (на второ място от най-ниските сред всички държави от ЕС), а трима от всеки петима възрастни не консумират нито един плод на ден. По-малко от половината (49 %) не консумират зеленчуци всекидневно. Физическата активност сред възрастните също е ниска, като едва 58 % упражняват поне умерена физическа активност всяка седмица, което е под средното равнище за ЕС от 64 %. В отговор на проблемите, свързани с наднорменото тегло и затлъстяването при юношите, в България са въведени програми за насырчаване на здравословното хранене на децата в училищна възраст. Положителен е фактът, че българските юноши са най-активни физически сред юношите от държавите от ЕС, като през 2018 г. всеки пети е съобщил за поне умерена физическа активност всеки ден.

Равнището на консумацията на алкохол е високо и при възрастните, и при юношите.

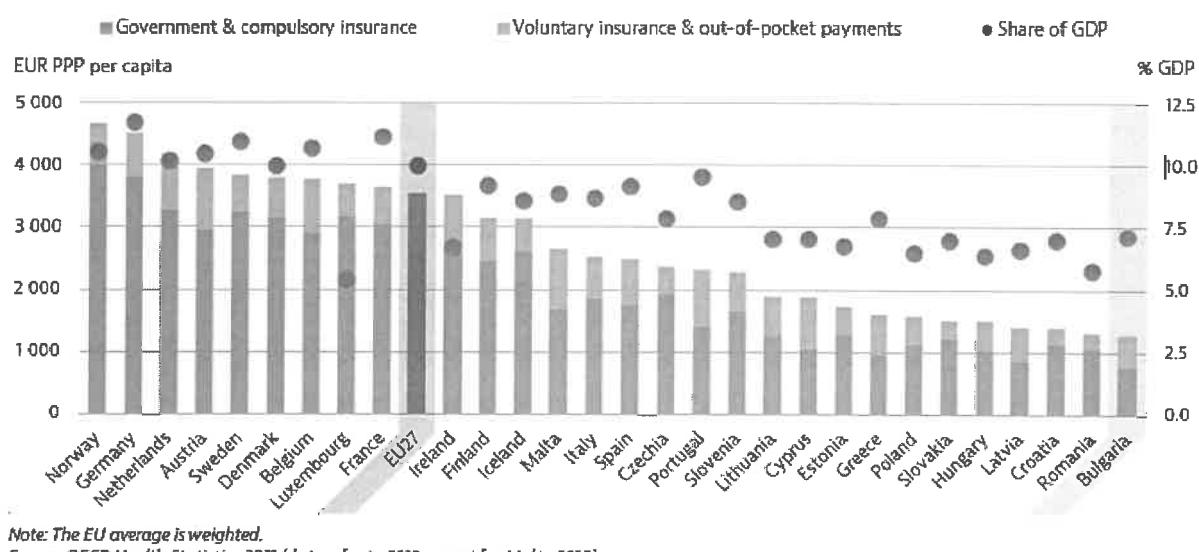
⁸ Cancer. Fact sheet №297. WHO, Updated November 2014. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297>

Употребата на алкохол сред възрастните в България през 2019 г. (11,4 литра на глава от населението) е по-висока от средната за ЕС (10,1 литра) и се е увеличила през последното десетилетие. Употребата на алкохол сред юношите също е повод за беспокойство: делът на лицата на възраст 15 години, които са съобщили, че са злоупотребили с алкохол повече от веднъж в живота си, е сред най-високите в ЕС през 2018 г. (30 % в България в сравнение със средната стойност за ЕС от 22 %).

1.10. Социални и икономически показатели

Разходите на България за здравеопазване на глава от населението са 1 273 евро през 2019 г. – най-ниската в ЕС (здравен профил на страната 2021). Независимо от това са се увеличи значително през последното десетилетие, нарастване с 83 % между 2009 и 2019 г. в сравнение с до едва 28 % в целия ЕС. При измерване като дял от БВП разходите на България за здравеопазване са 7,1 %, под средното за ЕС от 9,9 %, но по-високо от 11 други държави от ЕС със сравними нива на разходи за здравеопазване на глава от населението.

Фигура № 15. Разходи за здравеопазване, като дял от БВП



Според Закона за здравното осигуряване, подлежат на задължително здравно осигуряване в НЗОК всички български граждани, които не са граждани и на друга държава и българските граждани, които са граждани и на друга държава и постоянно живеят на територията на Република България. Това означава, че българските граждани, които са граждани и на друга държава (с двойно гражданство, едното от които е българско) и пребивават в чужбина повече от 183 дни в календарната година, не подлежат на задължително здравно осигуряване. Съгласно координацията на системите за социална сигурност между държавите-членки на ЕС всички лица, които са здравно осигурени в една от страните се ползват със статут на осигурени лица във всички държави в ЕС. Това най-общо

са лица, които пребивават и/или работят в други държави от ЕС, включително членовете на техните семейства.⁹

В публикувания Здравен профил на страната 2021 г. и 2019 г. значителен дял от населението е неосигурено. Последните оценки на Министерството на финансите сочат, че през 2017 г. общо 719 000 души (10,2 % от населението), а през 2019 над милион или 14,8% от населението са здравно неосигурени според данни предоставени от НЗОК, докато според Министерство на финансите дялът на гражданите, които не са обхванати от социалното здравно осигуряване, вероятно е около 10 % (МФ 2020 г. - 678,7 хил. общ брой български и чужди граждани, общ брой български граждани - 527,7 хил. лица). Заедно с високите равнища на директни плащания от пациентите, големият брой неосигурени лица създава сериозни проблеми с достъпа до здравни услуги.

Директните плащания от потребителите през 2017 г. са най-високите в ЕС 46,6 % и 37,8 % през 2019 г. (в сравнение с 15,8 % като средна стойност за 2017 г.) и се обуславят главно от доплащанията за лекарствени продукти и извънболнична помощ. Разпространението на неофициалните плащания също увеличава разходите на домакинствата за здравеопазване. Разходите за здравеопазване продължават да се увеличават: бюджетът на НЗОК за 2019 г. е с 24 % по-голям, отколкото за 2017 г. Като дял от БВП, през 2017 г. България е изразходила 8,1 % за здравеопазване, което е под средната стойност за ЕС от 9,8 %, но надвишава равнището на съседните държави.

В доклада за състояние на здравето в ЕС: България 2019 г¹⁰. се посочва, че за 2017 г. около 10% от населението е без здравно осигуряване и особено уязвими са ромите – в частност онези групи, които живеят в обособени райони на дадено населено място или квартал. Здравното състояние на маргинализираните групи се характеризира с по-висока заболеваемост, по-ниска продължителност на живота и по-висока смъртност, особено при децата. Това е резултат от нездравословен начин на живот и тежка бедност, включително липса на здравно осигуряване.

2. Функциониране на здравната система

2.1. Структура и организация

Българската здравна система претърпява много промени след 1990 г. В средата на 1990 започват реформи, целящи облекчаване на държавните разходи чрез децентрализация и въвеждане на осигурителна система. Така през 1999 г. се създава Националната здравноосигурителна каса, която работи с 88 частни и 312 държавни и общински здравни заведения чрез 28 регионални каси.

⁹ <https://www.minfin.bg/bg/wreply/11149>

¹⁰ State of Health in the EU: Bulgaria, 2019,
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

Текущото състояние на функционирането на здравната система се характеризира със:

Държавната здравна политика се ръководи и осъществява от Министерски съвет (МС), съгласно чл. 3, ал. 1 от Закона за здравето. МС приема национални здравни програми и национални планове, като при необходимост предлага на Народното събрание изменения в националното законодателство, с цел предприемане на адекватни мерки за опазване на общественото здраве.

Националната система за здравеопазване включва лечебните заведения по Закона за лечебните заведения, здравните заведения по този закон и Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, както и държавните, общинските и обществените органи и институции за организация, управление и контрол на дейностите по опазване и укрепване на здравето.

Държавните и общинските органи и институции планират, разработват и провеждат политика, насочена към опазване здравето на гражданите чрез осигуряване на здравословна жизнена среда, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика (чл. 29, ал. 1 от Закона за здравето).

Системата на здравеопазване в България разполага с изградени структури и органи за управление и контрол, които осигуряват нейното функционално единство и взаимодействие и задоволяват основните потребности на населението от медицинска помощ.

Организацията на системата на здравеопазване в Република България



2.2. Финансиране

Финансирането на здравните политики се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики:

- Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве”

- Политика в областта на „Диагностиката и лечението“
- Политика в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“

Таблица 5. Разходи за функция „Здравеопазване“ 2016-2020 г. по държавния бюджет

Ведомство	2016 г. (млн. лв.)	2017 г. (млн. лв.)	2018 г. (млн. лв.)	2019 г. (млн. лв.)	2020 г. (млн. лв.)
Министерство на здравеопазването	450,1	468,6	525,6	593,9	1 094,2
Министерски съвет	57,6	21,5	42,9	31,0	0,1
Министерство на от branата	165,5	166,6	187,6	181,8	208,3
Министерство на вътрешните работи	28,2	29,7	36,4	36,2	48,0
Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	9,1	9,8	11,6	13,7	15,2
Министерство на младежта и спорта	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Централен бюджет	4,1	5,0	5,0	5,2	
Общо:	714,8	701,4	809,3	862,0	1366,0

Източник: Министерство на финансите.

Таблица 6. Разходите по политики и програми 2016 - 2020 г. (по бюджета на Министерство на здравеопазването)

Политики и програми	Отчет 2016 г. лв.	Отчет 2017 г. лв.	Отчет 2018 г. лв.	Отчет 2019 г. лв.	Отчет 2020 г. лв.
1	2	3	4	52	6
Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве	98 541,4	98 499,0	82 902,8	90 081,2	471 365,3
Бюджетна програма „Държавен здравен контрол“	19 332,2	15 194,8	16 430,5	16 430,5	23 171,5
Бюджетна програма „Промоция и превенция на незаразните болести“	5 326,2	8 469,7	8 629,5	9 366,8	6 271,8
Бюджетна програма „Профилактика и надзор на заразните болести“	72 848,3	73 561,1	56 383,7	61 633,4	440 560,1
Бюджетна програма „Намаляване търсенето на наркотични вещества“	1 034,7	1 273,3	1 459,1	1 493,1	1 361,7
Политика в областта на диагностика	329 189,8	339 994,4	405 361,9	469 969,5	572 209,3

и лечението					
Бюджетна програма „Контрол на медицинските дейности, здравна информация и електронно здравеопазване“	7 406,5	7 327,4	8 131,2	9 941,3	14 238,1
Бюджетна програма „Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението“	50 479,0	46 112,1	78 089,6	95 281,4	153 907,1
Бюджетна програма „Спешна медицинска помощ“	153 431,5	162 916,4	177 745,9	215 932,3	247 145,8
Бюджетна програма „Психиатрична помощ“	49 026,3	53 379,7	62 159,7	70 656,1	77 563,2
Бюджетна програма „Осигуряване на кръв и кръвни продукти“	21 857,1	21 999,3	22 907,4	26 385,7	26 385,7
Бюджетна програма „Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, детско и майчино здравеопазване“	46 989,4	48 259,4	56 328,1	51 772,7	48 590,1
Политика в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия	20 684,4	26 0559,4	29 348,8	29 296,9	36 331,9
Бюджетна програма „Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия“	20 684,4	26 059,4	29 348,8	29 296,9	36 331,9
Общо разходи:	458 376,6	477 446,5	536 275,2	606 627,7	1 107 321,6

По програмите, финансираны от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, отчетените разходи до 31.12.2019 г. по програма „Подобряване на устойчивостта на НП по туберкулоза“ са в размер на 3 923,8 хил. лв. Крайната дата на Споразумението за безвъзмездна помощ е м. юни 2019 г.

Общият размер на получените от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) приходи и трансфери - всичко към 31.12.2020 г. възлиза на 4 733 419,7 хил. лв. В сравнение със същия период на 2019 г. се отчита ръст от 336 892,2 хил. лв. или със 7,7 %, което се дължи основно на увеличения размер на здравноосигурителните приходи през 2020 г, като към 2018 общият размер е бил 3 948 069,7 хил. лв.

За 2019 г.и 2020 г. размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8%, като не се променя процентното съотношение за внасянето ѝ спрямо 2014 г.-запазва се съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника.

На основание Закона за държавния бюджет на Република България за 2020 г. (ДВ бр. 100 от 20 декември 2019 г.) и ПМС № 381 от 30 декември 2019 г. на Министерския съвет за

изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2020 г. планираните разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването са в размер на 673 528 929 лева. С корекции по бюджета Уточнения план на Министерство на здравеопазването към 31.12.2020 г. е в размер на 1 120 430 315 лева. Ръста в разходите между ЗДБ и уточненият план към 31.12.2020 г. в системата на здравеопазване е над 66%, което е реакция в следствие и в отговор на усложнената епидемична обстановка, свързана с разпространението на коронавирусна инфекция на територията на Република България. Министерството на здравеопазването инициира редица действия, в т.ч. и нормативни промени, с цел създаване на организация за осигуряване на лечението на засегнатите и ограничаване на разпространението на заразата. Предвид опасността за здравето на нацията, се наложи да бъдат предприети редица бързи и целенасочени мерки за преструктуриране на здравната система, най-вече на лечебните заведения за болнична помощ. Разходите към 31.12.2020 г. на Министерство на здравеопазването са общо в размер на 1 107 321 584 лева, представляващи 98,83 на сто от общия размер на планираните разходи, от които за Министерство на здравеопазването – Централно управление в размер на 722 920 012 лева и второстепенните разпоредители с бюджет в размер на 384 401 572 лева.¹¹

2.2.1. Текущи разходи за болниците по основни финансиращи източници

Таблица 7: Текущи разходи за болниците по основни финансиращи схеми за периода 2016 - 2019 г.

Класификация на схемите (ICHA-HF, SHA-2011)		2016	2017	2018	2019
HF1	Текущи разходи за болници - общо	<u>2 624,354</u>	<u>2 831,008</u>	<u>3 110,563</u>	<u>3 196,182</u>
	Правителствени и задължителни контрибутивни схеми за финансиране на здравеопазването	<u>2 293,104</u>	<u>2 487,984</u>	<u>2 764,297</u>	<u>2 850,585</u>
HF11	Правителствени схеми - министерства и ведомства, общини	<u>374,762</u>	<u>386,662</u>	<u>430,167</u>	<u>435,531</u>
HF12_13	Задължителни контрибутивни схеми за финансиране на здравеопазването - НЗОК и НОИ	<u>1 918,342</u>	<u>2 101,322</u>	<u>2 334,130</u>	<u>2 415,054</u>
HF2	Схеми за доброволни плащания на здравни услуги - доброволно здравно осигуряване, НТООД, Трудова медицина	<u>2,968</u>	<u>4,902</u>	<u>6,866</u>	<u>11,398</u>
HF3	Домакинства - индивидуални потребителски разходи	<u>328,282</u>	<u>338,122</u>	<u>339,400</u>	<u>334,199</u>
Източник: НСИ https://nsi.bg/bg/content/14521%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B8-%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8-sha-2011					

¹¹ https://www.mh.govt.nz/media/filer_public/2021/03/31/otchet_mz_programen_31122020.pdf

2.2.2. Текущи разходи за извънболнична помощ по основни финансиращи източници по основни финансиращи схеми

Таблица 8: Текущи разходи за изпълнителите на извънболнична помощ за периода 2016 - 2019 г.

Класификация на схемите (ICHA-HF, SHA-2011)		2016	2017	2018	2019
	Текущи разходи за изпълнители на извънболнична помощ	1 105,94	1 206,65	1 228,072	1 281,220
HF1	Правителствени и задължителни контрибутивни схеми за финансиране на здравеопазването	561,765	634,621	660,607	720,164
HF11	Правителствени схеми - министерства и ведомства, общини	0,029	0,006	0,008	0,003
HF12_13	Задължителни контрибутивни схеми за финансиране на здравеопазването - НЗОК и НОИ	561,736	634,615	660,599	720,161
HF2	Схеми за доброволни плащания на здравни услуги - доброволно здравно осигуряване, НГООД, трудова медицина	19,213	27,712	32,884	41,769
HF3	Домакинства - индивидуални потребителски разходи	524,962	544,323	534,581	519,287

Източник: НСИ, <https://nsi.bg/bg/content/14521/%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B8-%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8-sha-2011>

3. Нормативна база в областта на достъпа до здравеопазване

Здравното законодателство е съвкупност от правни норми, регулиращи взаимоотношенията в обществото по въпросите на здравето и организацията на здравеопазваната система и един от елементите от инструментариума на здравната политика за управление на здравеопазните процеси.

Основни аспекти на здравното законодателство:

Заштитен – формулиране на законови норми, очертаващи правата и задълженията на участниците в здравеопазвания процес – държава, пациенти, лекари, здравни заведения и всички останали структури;

Превентивен – отстраняване на конфликтите, които биха настъпили при взаимоотношенията на лица и организации в сферата на здравеопазването;

Организационен – определяне на ясни и точни регламенти, задачи, права и задължения, организация на работа, взаимодействието и отговорността на отделните субекти.

В Конституцията на Република България в чл. 52 са определени новите отношения, на които трябва да се гради съвременното българско здравно законодателство.

- Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон (чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България).

- Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон (чл. 52, ал. 2 от Конституцията на Република България).

- Държавата закрия здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма (чл. 52, ал. 3 от Конституцията на Република България).

- Никой не може да бъде подлаган принудително на лечение и на санитарни мерки освен в предвидените от закона случаи (чл. 52, ал. 4 от Конституцията на Република България).

- Държавата осъществява контрол върху всички здравни заведения, както и върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях. (чл. 52, ал. 5 от Конституцията на Република България).

Права за гражданите на Република България в областта на здравето:

- ✓ право на здравно осигуряване;
- ✓ право на достъпна медицинска помощ;
- ✓ право на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени от закон;
- ✓ държавна закрила на гражданите;
- ✓ насърчаване на физическото развитие;
- ✓ защита от принудително лечение;
- ✓ право на санитарни мерки;
- ✓ право на защита и контрол върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника;
- ✓ реда и начина на финансиране на здравеопазваната система.

Закон за здравното осигуряване

Този закон урежда здравното осигуряване в Република България и свързаните с него обществени отношения. Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и здравноосигурителни премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки,

предвидени в този закон, в Националния рамков договор и в договорите по доброволно здравно осигуряване.

С този закон са променени начинът на набиране на финансови средства. Въведена е договорната система в здравеопазването (подписване на Национален рамков договор и индивидуални договори между лечебните заведения и НЗОК).

Създадена е НЗОК – орган, отговорен за закупуването от името на гражданите на медицински и здравни услуги по обеми и цени, определени на базата на основния пакет на медицинските услуги и договорени в НРД. Създадена е възможност за развитието на пазар на доброволното здравно осигуряване. Регламентирани са правата и задълженията на здравноосигурените лица.

Регламентирани са размерите на здравноосигурителните вноски: здравноосигурителните вноски се определят на базата на дохода на осигуряващото се лице; вноската се внася от работодателя или ведомството и от осигурения в съотношение 50:50; размерът на осигурителната вноска се определя със Закона за държавния бюджет.

Възприети са следните принципи на здравно осигуряване:

- задължително участие при набирането на вноските;
- участие на държавата, осигурените и работодателите в управлението на НЗОК;
- солидарност на осигурените при ползването на набраните средства;
- отговорност на осигурените за собственото им здраве;
- равнопоставеност при ползването на медицинска помощ;
- равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с РЗОК;
- договаряне на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ;
- основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;
- свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ;
- публичност в дейността на НЗОК и публичен контрол върху извършваните от нея разходи.

Закон за здравето

Този закон урежда обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите. Законът определя опазването на здравето, като основен приоритет на държавата. Принципи, залегнали в Закона за здравето:

- равнопоставеност при ползване на здравни услуги;
- осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година;

- приоритет на промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите;
- особена здравна закрила на деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства;
- държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите.

3.1. Списък на нормативните актове в областта на майчиното и детско здраве, превенцията на полово предаваните инфекции и здравната медиация

Закон за здравето;

Закон за лечебните заведения;;

Закон за здравното осигуряване

Наредба № 1 от 2020 г. за изискванията за дейността на здравните медиатори;

Наредба № 3 от 2016 г. за реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция;

Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения;

Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията;

Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса;;

Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България

Наредба № 21 от 2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести;

Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени;

Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;

Наредба № 47 от 2009 г. за условията и реда за изследване, съобщаване и отчет на заразеност с вируса на синдрома на придобитата имунна недостатъчност;

Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ;

Национален рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г.;

Национален рамков договор № РД-НС-01-3 от 23 декември 2019 г. за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2020 – 2022 г.;

Решение № 50 на Министерския съвет от 2022 г. за приемане на стандарти за делегираните от държавата дейности с натурали и стойностни показатели през 2022 г.

3.2. Нормативната уредба в областта на майчиното и детско здраве

Здравно обслужване в обхвата на задължителното здравно осигуряване

Правото на достъп до определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности е неразрывно свързано с правото на достъпна медицинска помощ, установено в чл. 81 от Закона за здравето. Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи:

1. своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
2. равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
3. сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
4. зачитане правата на пациента.

Принципът на равнопоставеност при достъпа до медицинска помощ, resp. при нейното оказване е доразвит и в чл. 5 от Националния рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г., съгласно който всички здравно осигурени лица имат равни права и достъп при получаване на извънболнична и болнична медицинска помощ независимо от тяхната раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние.

Условията и редът за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ се определят с наредба на Министерския съвет (чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето). На посоченото правно основание с ПМС № 119/2006 г. е приета Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

За осъществяване на дейностите по задължителното здравно осигуряване, предвидени в Закона за здравното осигуряване, Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Българският лекарски съюз приемат Национален рамков договор за медицинските дейности, а НЗОК и Българският зъболекарски съюз – Национален рамков договор за денталните дейности.

Здравноосигурените лица имат право да получат медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Пакетът е установен в Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (Наредба № 9/2019 г.). В зависимост от вида на медицинската помощ, пакетът се състои от първична извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична медицинска помощ, дентална извънболнична медицинска помощ, болнична медицинска помощ – дейности по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури.

Основните дейности от пакета първична извънболнична медицинска помощ, които общопрактикуващият лекар осъществява при достъпа на здравноосигурените лица до този вид медицинска помощ са:

1. профилактика на заболяванията;

2. диспансеризация;

3. контрол на инфекциозни заболявания съгласно изискванията на съответните нормативни актове, включваща и извършване на имунизации;

4. диагностично-лечебна дейност, определена по вид и обхват в раздел IV от приложение № 1 от Наредба № 9/2019 г., както и други дейности, свързани с диагностична и лечебна дейност, изразяващи се в насочване за консултация, консултация от разстояние съобразно възможностите за комуникация, насочване за хоспитализация, прием на пациент след дехоспитализация;

5. дейност по медицинска експертиза.

Профилактика на заболяванията – профилактичните прегледи се извършват съгласно Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8/2016 г.). При извършване на профилактични прегледи, лицата с установени отклонения в здравословното състояние се насочват за оказване на специализирана медицинска и дентална помощ с медицинско направление, издадено от лекаря/лекаря по дентална медицина, установил отклонението.

- Профилактични прегледи на здравноосигурени лица под 18-годишна възраст:

Децата подлежат на профилактични прегледи и изследвания, определени по вид и периодичност в приложение № 1 от Наредба № 8/2016 г. Профилактичните прегледи при децата се извършват от общопрактикуващия лекар на детето и от лекар по дентална медицина. Когато общопрактикуващият лекар няма придобита специалност по детски болести, профилактичните прегледи на децата по желание на родителя или настойника може да се извършват от лекар с придобита специалност по детски болести от лечебно заведение за специализирана извънболнична помощ.

В случаите, когато профилактичните прегледи и имунизациите на децата се осъществяват от общопрактикуващия лекар, той ги извършва в изпълнение на програма

„Детско здравеопазване“ по договор с НЗОК. Дейностите по тази програма са регламентирани в приложение № 12 към Националния рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г. (дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“).

- Профилактични прегледи на бременните и родилките до 42 дни след раждането:

Бременните и родилките до 42 дни след раждането подлежат на профилактични прегледи и изследвания, осъществявани на диспансерен принцип, определени по вид и периодичност в приложение № 6 от Наредба № 8/2016 г. Профилактичните прегледи на бременните се извършват от специалист по акушерство и гинекология или от общопрактикуващия лекар по желание на бременната. Профилактичните прегледи при бременно с повишен риск се осъществяват от специалист по акушерство и гинекология.

В случаите, когато профилактичните прегледи на бременните и родилките до 42 дни след раждането се извършват от общопрактикуващия лекар, той ги извършва в изпълнение на програма „Майчино здравеопазване“ по договор с НЗОК. Дейностите по тази програма са регламентирани в приложение № 12 към Националния рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г. (дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“).

- Профилактични прегледи на здравноосигурени лица над 18-годишна възраст:

Лицата над 18 години подлежат на профилактични прегледи и изследвания, определени по вид и периодичност в приложение № 2 от Наредба № 8/2016 г. С цел профилактика на социално значими и приоритетни за страната заболявания при лицата над 18 години, общопрактикуващият лекар, формира групи с лица с рискови фактори за развитие на заболяване съгласно приложение № 3 от Наредба № 8/2016 г. Общопрактикуващият лекар на лицата над 18 години осъществява по отношение на тях профилактични дейности, определени в приложение № 5 от Наредба № 8/2016 г.

С цел разширяване на обхвата на утвърдените към настоящия момент дейности по профилактика на населението в Министерството на здравеопазването е разработен проект на наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8/2016 г.

Профилактиката на заболявания и тяхното ранно откриване е един от основните приоритети, залегнали в редица стратегически документи на Министерството на здравеопазването. Факт е, че ранното откриване на редица заболявания е предпоставка за тяхното навременно лечение, което в много случаи предотвратява възникването на последващи усложнения от съответното заболяване и съществуващото ги влошаване в качеството на живот и инвалидизация на засегнатите лица. С оглед на това реализирането на по-широк обхват дейности в рамките на профилактичните прегледи на различни групи от населението е една от предпоставките за по-добро качество на предоставяните здравни услуги на населението в извънболничната медицинска помощ.

В тази връзка с проекта се предлага допълване на пакета профилактични дейности с допълнителни видове изследвания, с които да бъде подобрено качеството на предлаганите услуги за профилактика на заболяванията в рамките на задължителното здравно осигуряване. Нови дейности се предлага да бъдат въведени за деца, за бременни жени и за лицата над 18-годишна възраст.

В рамките на профилактичните прегледи на децата по приложение № 1 от наредбата с проекта се залага във възрастовата група от 7 до 18 години провеждането на медикодиагностични изследвания. Такива до момента не са включени в обхвата на провежданите на децата от училищна възраст профилактични прегледи. Предлага се на децата на 7-, на 10-, на 13- и на 16-годишна възраст изследване на кръвна картина и урина, а за 16-годишните – допълнително изследване и на кръвна захар и холестерол.

С включените в проекта изследвания на децата в училищна възраст се цели създаване на възможности за ранно откриване на признания на заболявания, възникнали в тази възраст, което да даде възможност и за навременното им лечение.

При бременните жени в проекта се залага провеждане на допълнителни ехографски прегледи в рамките на профилактичните им прегледи по приложение № 6 от наредбата.

Предлага се за периода на бременността към провежданите към настоящия момент 2 акушерски ехографии да бъдат добавени още два такива прегледа, както и провеждането на ехографско изследване за фетална морфология – с оглед осъществявания през време на бременността биохимичен скрининг. Добавя се и възможността за заплатено от Националната здравноосигурителна каса провеждане на изследване за хепатит С, с оглед установяване на статуса на бременната жена по отношение на това заболяване. С разширяване на пакета дейности при бременните жени с допълнителни изследвания се цели подобряване на наблюдението по време на бременността, което е от съществено значение за износването на бременността и раждането на здрави бебета.

За лицата над 18-годишна възраст по приложение № 2 от наредбата с проекта се предлага добавянето на профилактични медико-диагностични изследвания. Това включва изследване през 5 години на кръвна картина, АСАТ, АЛАТ, креатинин и урина. С

въвеждането на тези изследвания в рамките на профилактичните прегледи се цели ранно установяване на евентуални здравословни проблеми, вкл. и такива на черния дроб и отделителната система. За жените на възраст от 30- до 50-годишна възраст се добавя задължително периодично ехографско изследване на млечните жлези, с което в ранен стадий има възможност за установяване на евентуални изменения и предприемане на последващи действия за ранно диагностициране на евентуални злокачествени заболявания на млечната жлеза.

За лицата с установени при профилактичния преглед рискови фактори за развитие на злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област, с анамнеза за аденом/и на дебелото черво, полипи на дебелото черво, колоректален карцином, болест на Crohn, улцерозен колит, цъолиакия се добавя възможност за провеждане на изследване на фекален калпротектин, с което се цели подобряване на диагностичните възможности при тази група лица и преценката за насочването им към съответен специалист и допълнителни изследвания.

С предложения проект се добавя и възможност за провеждане на допълнително изследване на пациентите с установена диагноза Синдром на Търнър. При лицата над 18 години с това заболяване в рамките на диспансерното им наблюдение при специалист се включва провеждането на остеодензитометрия, с оглед подобряване на диагностиката на костните изменения в резултат на заболяването.

Диспансеризация – по смисъла на Закона за здравето „диспансеризация“ е метод за активно издирване, диагностика, лечение и периодично наблюдение на болни с определени заболявания (§ 1, т. 2 от допълнителните разпоредби). С оглед на възрастовия критерий диспансеризацията се дели на диспансеризация на деца (до 18-годишна възраст) и диспансеризация на лица над 18-годишна възраст.

- Диспансеризация на деца:

Заболяванията, при които лицата до 18-годишна възраст подлежат на диспансеризация, са посочени в приложение № 8 от Наредба № 8/2016 г. От тях тези заболявания, за които НЗОК заплаща дейностите по диспансеризация, са посочени в приложение № 9 от Наредба № 8/2016 г.

- Диспансеризация на лица над 18-годишна възраст:

Заболяванията, при които лицата над 18-годишна възраст подлежат на диспансеризация, са посочени в приложение № 10 от Наредба № 8/2016 г. От тях тези заболявания, за които НЗОК заплаща дейностите по диспансеризация, са посочени в приложение № 11 от Наредба № 8/2016 г.

Заболяванията, при които лицата под и над 18-годишна възраст подлежат на диспансеризация при общопрактикуващия лекар, както и съответните дейности и изследвания, чрез които се провежда диспансерното наблюдение, са установени с

приложение № 8 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“ към Национален рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г.

Контрол на инфекциозни заболявания съгласно изискванията на съответните нормативни актове, включваща и извършване на имунизации – имунизациите се извършват съгласно Имунизационния календар на Република България, утвърден с Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България. Задължителни имунизации и реимунизации се извършват срещу 11 заразни заболявания (туберкулоза, дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, морбили, епидемичен паротит, рубеола, вирусен хепатит тип B, хемофилус инфлуенце тип B и пневмококови инфекции). Целеви имунизации и реимунизации се извършват срещу 3 заболявания (бяс, Кримска хеморагична треска и коремен тиф).

Когато общопрактикуващият лекар изпълнява програма „Детско здравеопазване“ спрямо лицата под 18-годишна възраст, той извършва имунизациите в изпълнение на тази програма, съгласно приложение № 12 към Националния рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г. (дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“).

Диагностично-лечебна дейност на общопрактикуващия лекар – по вид и обхват тази дейност е определена в раздел IV от приложение № 1 от Наредба № 9/2019 г.

Част от диагностичната и лечебната дейност на общопрактикуващия лекар е предписането на лекарствени продукти за домашно лечение, заплащани напълно или частично от бюджета на НЗОК (лекарствени продукти от приложение № 1 към Позитивния лекарствен списък).

Други дейности, свързани с диагностична и лечебна дейност, установени в раздел IV от приложение № 1 от Наредба № 9/2019 г., се изразяват в:

- насочване за консултация – осъществява се с „Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение“. Здравноосигуреното лице може да избере лекар със съответната специалност, работещ в лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, склучило договор с НЗОК, без значение териториалното му разположение;
- консултация от разстояние съобразно възможностите за комуникация;
- насочване за планова хоспитализация – осъществява се с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“. Здравноосигуреното лице може да

избере изпълнител на болнична помощ, сключил договор с НЗОК, без значение териториалното му разположение;

- прием на пациент след дехоспитализация.

Дейност по медицинска експертиза – дейността включва изготвяне на медицинско удостоверение за встъпване в брак; изготвяне на медицинско удостоверение за постъпване на работа на лица от 16- до 18-годишна възраст; медицинска експертиза на работоспособността в съответствие с Наредбата за медицинската експертиза и Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (издаване на първичен и вторичен болничен лист; насочване за медицинска експертиза към лекарска консултативна комисия; подготвяне на документи и насочване за представяне пред териториална експертна лекарска комисия).

Здравноосигурените лица не заплащат оказаната им от общопрактикуващия лекар медицинска помощ от обхвата на пакета първична извънболнична медицинска помощ, гарантирана от бюджета на НЗОК. Лицата заплащат единствено сумите по чл. 37, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (т. нар. „потребителски такси“). Съгласно чл. 1 от ПМС № 193/2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от здравноосигурените лица за посещение при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване, задължително здравноосигурените лица заплащат за всяко посещение при лекаря, при лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение сума в размер 2,90 лв. Лицата, които са упражнили правото си на пенсия за осигурителен стаж и възраст, заплащат за всяко посещение при лекаря, при лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение сума в размер 1,00 лв. Разликата от 1,90 лв. се заплаща на лекаря, на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение от държавния бюджет чрез НЗОК.

Списъкът на заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от заплащане на потребителска такса по чл. 37, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване е определен в приложение № 11 Национален рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г.

От заплащане на потребителска такса са освободени и малолетни, непълнолетни и неработещи членове на семейството; ветерани от войните, военноинвалиди, военнопострадали; задържани под стража лица, задържани на основание чл. 72 от Закона за Министерството на вътрешните работи; задържани на основание чл. 125, ал. 1 от Закона за Държавна агенция „Национална сигурност“ или лишени от свобода; социално слаби, получаващи помощи по Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане; лица, настанени в домове по чл. 36, ал. 3, т. 1 от същия правилник; медицински специалисти.

➤ Специализираната извънболнична медицинска помощ, оказвана на задължително здравноосигурените лица, е в обхват съгласно пакета специализирана извънболнична медицинска помощ по приложение № 2 от Наредба № 9/2019 г. Пакетът специализирана извънболнична медицинска помощ се състои от:

1. здравно-информационни дейности;

2. промоция на здравето – запознаване с рисковите фактори за заболяванията в съответната медицинска специалност и възможностите за укрепване и подобряване на здравето, развитие на позитивни здравни характеристики и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения, в това число здравословно хранене, двигателна активност, режим на труд и почивка и други;

3. профилактика на заболяванията – извършване на профилактични прегледи в предвидените в Наредба № 8/2016 г. случаи след насочване от лекаря от първичната извънболнична медицинска помощ;

4. диспансеризация на лица със заболявания съгласно Наредба № 8/2016 г.;

5. диагностично-лечебна дейност – диагностика, лечение и рехабилитация на остри и изострени хронични заболявания, извън дейностите по диспансеризация, след насочване от лекар от първичната или специализираната извънболнична медицинска помощ.

Задължително здравноосигурените лица не заплащат оказаната им от лекаря-специалист медицинска помощ в обхвата на пакета специализирана извънболнична медицинска помощ, гарантирана от бюджета на НЗОК. Лицата заплащат единствено сумите по чл. 37, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (т. нар. „потребителски такси“).

➤ Задължително осигурените лица имат право да получат медицинска помощ в обхвата на пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, които им гарантират достъпно лечение в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване.

Здравноосигурените лица имат право на достъп до болнична помощ в следния обхват: болнична помощ по клинични пътеки с определени наименования съгласно приложение № 9 „Клинични пътеки“ и приложение № 10 „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ от Наредба № 9/2019 г.

Задължително здравноосигурените лица имат право на достъп до лечебни заведения, сключили договор с НЗОК за оказване на болнична помощ, заплащана от НЗОК, когато диагностичната и/или лечебната цел не може да бъде постигната в условията на извънболничната помощ. Преценката за това се извършва от лекар, съответно от лекар по дентална медицина от лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ. В условията на спешност преценката може да бъде извършена и от дежурен екип в център за спешна медицинска помощ или от лекар в структура за спешна медицинска помощ на лечебното

заведение, сключило договор с НЗОК за оказване на болнична помощ, към което пациентът се е самонасочил.

Насочване за болнично лечение и/или диагностика – лекарите и лекарите по дентална медицина от лечебните заведения за извънболнична помощ са длъжни да предприемат мерки за насочване на здравноосигуреното лице за диагностика и лечение в болнични условия, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ (чл. 20 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ).

Лекарите и лекарите по дентална медицина от лечебните заведения за извънболнична помощ насочват здравноосигуреното лице към лечебни заведения, сключили договор с НЗОК за оказване на съответната болнична помощ на територията на цялата страна, като попълват направление за хоспитализация или за лечение по амбулаторни процедури („Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ – бл. МЗ-НЗОК № 7, е по образец съгласно приложение № 3 „Първични медицински документи“ към Национален рамков договор № РД-НС-01-4/23.12.2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г.).

Направление за хоспитализация или за лечение по амбулаторни процедури се попълва при всички случаи на необходимост от хоспитализация независимо дали пациентът ползва медицинска помощ в рамките на здравното осигуряване или на друго основание.

Към направлението за хоспитализация се прилага амбулаторният лист от извършения преглед на пациента, с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в това число и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. Лекарят и лекарят по дентална медицина вписват в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия.

Задължително здравноосигуреното лице има право да избере лечебно заведение, сключило договор с НЗОК за оказване на съответната болнична помощ, на територията на цялата страна. Националната здравноосигурителна каса поддържа на своята официална интернет страница актуална информация за лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за оказване на болнична помощ, като посочва и конкретните дейности, за които е склучен договорът (чл. 19б от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ).

Изпълнителят на болнична медицинска помощ превежда пациент за лечение към друго лечебно заведение за болнична помощ, когато в хода на лечебно-диагностичния процес установи, че не може да изпълни определени медицински дейности поради:

- промяна на приемната диагноза или настъпило усложнение, което лечебното заведение не може да лекува;

- възникнал проблем с медицинската апаратура и оборудване;
- липса на съответно квалифициран медицински персонал.

В случаите на превеждане изпращащият изпълнител на болнична медицинска помощ задължително предоставя на приемащия изпълнител писмена информация за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за превеждане в приемащото лечебно заведение.

Здравноосигурено лице не заплаща за оказаната му болнична помощ по клинична пътека, за която изпълнителят на болнична медицинска помощ има договор с НЗОК. Съгласно чл. 52, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване, изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, са длъжни да оказват на задължително здравноосигурените лица, без да изискват и приемат от тях плащане и/или доплащане, съответната медицинска помощ при спазване на утвърдените медицински стандарти, правилата за добра медицинска практика, фармако-терапевтичните ръководства и осигуряване защита на пациента.

За болничния си престой и във връзка с оказаната му болнична помощ по клинична пътека, лицето заплаща:

- сума по чл. 37, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (т. нар. „потребителска такса“) за всеки ден болнично лечение в размер на 5,80 лв., но за не повече от 10 дни годишно;
- за влагане при лечението на медицинско изделие, което не се заплаща от НЗОК, или доплащане за влагане на медицинско изделие, за което НЗОК заплаща до определена стойност, над тази стойност;
- за избор на лекар или медицински екип или друга допълнително поискана услуга по чл. 24а, ал. 1 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, когато лицето е осъществил такъв избор.

Здравно обслужване извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

Съгласно чл. 82, ал. 1 от Закона за здравето извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги, които са свързани със:

1. медицинска помощ при спешни състояния;
2. интензивно лечение на здравно неосигурени лица;
3. профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
4. стационарна психиатрична помощ;

5. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на здравно неосигурени лица с психични заболявания;
6. лечение със субституиращи и поддържащи програми с метадон и дневни психорехабилитационни програми;
7. осигуряване на кръв и кръвни продукти;
8. трансплантация на органи, тъкани и клетки;
9. задължително лечение и/или задължителна изолация;
10. осигуряване на медицински дейности при пациенти с инфекциозни заболявания по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването, включително за предотвратяване на епидемиологичен риск;
11. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на здравно неосигурени лица с кожно-венерически заболявания;
12. осигуряване на медицински дейности при пациенти с неспецифични белодробни заболявания по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването;
13. експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност;
14. заплащане на лечение за заболявания при условия и по ред, определени от министъра на здравеопазването;
15. осигуряване на устойчивост на медицинските дейности и специализираните грижи, предоставяни на определени лица в изпълнение на проекти и програми, финансиирани със средства от Европейските структурни и инвестиционни фондове или от други международни финансови институции и донори, по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването;
16. асистирана репродукция.

Извън медицинските услуги, изброени по-горе, българските граждани имат право на заплащане за медицински и други услуги във връзка с лечението им в страната или в чужбина съобразно тяхното заболяване, за които не са предвидени други механизми за финансиране със средства от държавния бюджет, общинските бюджети и от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, или които не могат да бъдат осигурени в страната, след предварително одобрение (чл. 82, ал. 1а от Закона за здравето). В тези случаи лицата до 18-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, която включва и заплащане със средства от държавния бюджет на медицински изделия, високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, диетични хани за специални медицински цели, лекарствени продукти, които не са включени в списъка по чл. 262, ал. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Лечението за онкологични и онкохематологични заболявания, започнато преди навършване на 18-годишна възраст, продължава да се заплаща и след навършването на тази възраст до приключване на лечението.

Съгласно Регламент (ЕО) 883/2004 за координация на системите за социална сигурност в Обединена Европа, здравноосигурените граждани от една държава-членка на Европейския съюз могат да кандидатстват за разрешение за планова болнична медицинска помощ в друга държава от Съюза, ако са изпълнени следните условия:

- медицинската помощ, за чието разрешение за лечение в чужбина се кандидатства, трябва да е включена в пакета медицински дейности, финансираны от публичната система на здравеопазване в компетентната държава, както и в пакета от дейности, финансиран от публичната система в държавата на планираното лечение. Ако необходимата медицинска помощ не попада в горния обхват, пациентът сам заплаща стойността на помощта в чужбина, тъй като тя остава извън обхвата на действието на цитирания европейски регламент;
- съответната помощ да не може да бъде предоставена в компетентната държава в безопасен за здравословното състояние на пациента срок.

Всеки български гражданин, съгласно чл. 82, ал. 2 от Закона за здравето, ползва:

1. ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им;
2. пълен обем от противоепидемични дейности;
3. достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми.

Посочените по-горе дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване се финансират от държавния бюджет и от общинските бюджети.

Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, чрез бюджета на Министерство на здравеопазването и чрез изпълнението на национални програми, се финансират различни дейности, които осигуряват грижи в областта на майчиното и детско здраве, независимо от здравноосигурителния статус на лицата.

Чрез Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени (обн., ДВ, бр. 51 от 2007 г.), са гарантирани медицинските услуги, свързани с акушерска помощ на здравно неосигурени жени и провеждането на масов неонатален скрининг за три редки заболявания – фенилкетонурия, вродена надбъбречна хиперплазия и вроден хипотиреоидизъм.

➤ Министерството на здравеопазването осигурява извън обхвата на задължителното здравно осигуряване по един профилактичен преглед през времето на бременността на всяка здравноосигурена жена.

Профилактичният преглед при неосигурената бременна включва:

1. дейности, извършвани от специалист по акушерство и гинекология: анамнеза, оценка на рискови фактори, определяне вероятния термин на раждане, измерване на артериално кръвно налягане, антропометрия с външна пелвиметрия, гинекологичен преглед, изследване на детски сърдечни тонове, ако срокът на възрастта го позволява, ехография, интерпретация на изследванията;

2. извършване на изследвания – ПКК, кръвна захар, урина – седимент, глюкоза, албумин, изследване за сифилис, изследване за хепатит В (HbS Ag); микробиологично изследване на влагалищен секрет.

Прегледите и изследванията се извършват от лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ по акушерство и гинекология и от медико-диагностични лаборатории – самостоятелни или в структурата на лечебни заведения за извънболнична помощ, като здравното осигурената жена има право свободно да избере лечебното заведение.

➤ Министерството на здравеопазването осигурява извън обхват на задължителното здравно осигуряване извършването на изследвания на бременни жени:

1. за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена;

2. и при необходимост на биологичните бащи при висок риск от раждане на дете с генетична болест,;

3. и на биологичните бащи при предходящи репродуктивни проблеми (спонтанни аборт и/или мъртвораждания), както и на двойки преди „ин витро“ процедури и при безплодие, за оценка на генетичен риск.

Изследванията на бременните жени за оценка на риска от раждане на дете с най-чести хромозомни болести се извършват след насочване от лекаря, установил бременността, от 11-ата до 13-ата плюс 6 дни гестационна седмица на бременността и/или от 15-ата до 19-ата гестационна седмица на бременността, а за спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена – между 15-ата и 19-ата гестационна седмица на бременността.

Необходимите китове, реактиви и консумативи за изследванията се осигуряват със средства от държавния бюджет.

➤ Обхватът на медицинските услуги, свързани с акушерска помощ на здравно неосигурени жени, включва услугите, посочени в клиничната пътека № 141 „Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение“.

Медицинските услуги, свързани с акушерска помощ на здравно неосигурени жени, се оказват от лечебни заведения за болнична помощ, които:

1. имат разрешение, издадено по реда на чл. 48 от Закона за лечебните заведения, да осъществяват родилна помощ;

2. са сключили договор с НЗОК за оказване на болнична помощ по клинична пътека № 141 „Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение“.

Здравно неосигурените жени имат право свободно да избират лечебно заведение на територията на цялата страна.

Всеки лекар от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ може да насочи неосигурените жени, за да им бъдат оказани медицински услуги, свързани с акушерска помощ, с направление за хоспитализация (бл. МЗ – НЗОК № 7).

➤ Министерството на здравеопазването осигурява извън обхвата на задължителното здравно осигуряване извършването на изследвания на всички новородени деца за фенилкетонурия, вродена надбъбречнокорова хиперплазия и вроден хипотиреоидизъм.

Необходимите китове, реактиви и консумативи за изследванията по чл. 7 се осигуряват със средства от републиканския бюджет.

Кръв за изследване на новородени деца за фенилкетонурия, вродена надбъбречнокорова хиперплазия и вроден хипотиреоидизъм се взема в родилните или неонатологичните отделения на лечебните заведения, в които са родени децата.

Лечебното заведение, в което е взета кръвта, я изпраща незабавно в „Специализирана болница за активно лечение по детски болести“ ЕАД, София, за регистрация и изследване за вроден хипотиреоидизъм и вродена надбъбречнокорова хиперплазия, а до четвъртия ден от получаването им „Специализирана болница за активно лечение по детски болести“ ЕАД изпраща кръвните преби на „Университетска специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология „Майчин дом““ ЕАД, София, за изследване за фенилкетонурия.

Резултатите от извършените изследвания при новородени деца с данни за вроден хипотиреоидизъм, вродена надбъбречнокорова хиперплазия или фенилкетонурия, придружени с писмени указания за поведение, се съобщават незабавно на лечебното заведение, в което е взета кръвта, както и на посочен от родителите адрес. Лечебните заведения, получили резултат, са длъжни незабавно да обезпечат изпълнението на изисканите от скрининговата лаборатория дейности: съдействие при издирването на детето, информиране на родителите относно необходимостта от контролни изследвания, клиничен преглед, обезпечаване на биологичен материал за потвърдителни изследвания и изпращането му с експресен куриер до скрининг лабораторията. Отговорност на скрининговата лаборатория е да потвърди или отхвърли съмнението за съответното заболяване. Децата с високостепенно съмнение се насочват за диагностика и лечение към „Специализирана болница за активно лечение по детски болести“ ЕАД, София.

Чрез изпълнението на следните национални програми, се финансираят различни дейности, които осигуряват грижи в областта на майчиното и детското здраве:

Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 – чрез програмата се осигуряват медицински и здравни грижи извън обхвата на задължителното здравно осигуряване за бременни, родилки и деца. За целта са разкрити 31 здравно-консултивни центъра (ЗКЦ) във всички области на страната в МБАЛ с над 50% държавно участие в капитала, както и в някои специализирани и университетски болници в София, Пловдив, Варна и Плевен.

В ЗКЦ в МБАЛ се предоставят информационни дейности, специализирани консултации от медицински и немедицински специалисти, включително и от психолози, за деца с увреждания и деца с хронични заболявания, родилки и бременни с патология на бременността в хода на тяхното болнично лечение и/или амбулаторно проследяване и лечение. Чрез ЗКЦ се финансират и допълнителни консултации при наличие на заболявания, възникнали по време на бременността, в т.ч. допълнителен преглед от специалист по АГ освен прегледът, който се полага съгласно Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени. Чрез ЗКЦ се организират и домашни посещения на деца с увреждания и хронични заболявания и недоносени деца до 1 година, за които специалист от лечебното заведение е преценил необходимостта от провеждане на консултация в домашни условия.

Чрез ЗКЦ в УМБАЛ се финансира и извършване на лабораторни изследвания и консултации в рамките на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена. В тези лечебни заведения са създадени и комисии от висококвалифицирани специалисти, които изготвят планове за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа на деца с хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени неврологични заболявания, вродени хематологични заболявания и недоносени деца). Комисиите изготвят индивидуални медико-социални планове за децата в зависимост от конкретното състояние.

Чрез програмата е въведен масов неонатален слухов скрининг с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени. Той се провежда във всички лечебни заведения с разкрити акушеро-гинекологични и неонатологични структури, като годишно обхватът достига 87 % от новородените.

За подобряване на здравните услуги за деца и навременното им насочване към необходимия вид диагностика и лечение, на „Специализирана болница за активно лечение по детски болести“ ЕАД, София, е възложено изготвянето на оценка на необходимостта от ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на децата. Оценката се изготвя за всеки пациент, хоспитализиран в лечебното заведение, като включва данни за общия здравен статус на пациента при дехоспитализацията, препоръки за наблюдение на

развитието на детето, включително и за прилагане на хранителен режим, както и информация за необходимостта от последващо наблюдение и допълнителни консултации с медицински и немедицински (логопед, психолог и др.) специалисти.

➤ Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 години в Република България 2021-2025 г. – чрез програмата се финансират дейности за подобряването на оралното здраве на децата. Първата програма стартира през 2009 г. за срок от 5 години (2009-2014), впоследствие са приети програми за периодите 2015-2020 и 2021-2025, чрез които се осигурява устойчивост и надграждане на постигнатите резултати. Продължаването на програмата за следващ петгодишен период ще даде възможност за повишаване информироваността на населението за профилактика на оралните заболявания и подобряване знанията и уменията на децата за опазване на оралното им здраве, както и до по-нататъшно намаляване разпространението на зъбния кариес, при възрастовите групи с извършено силанизиране.

➤ Национална програма за елиминация на морбили и рубеола (2019-2022 г.) – основните дейности по програмата са насочени към намаляване възприемчивостта на населението към морбилиния и рубеолен вирус, осигуряване на допълнителна възможност за имунизация на групи с повишен рисков от заразяване чрез целеви ваксинални кампании и подобряване на достъпността и качеството на информацията по отношение на тези заболявания, както и по отношение на ползата и риска от имунизацията срещу морбили и рубеола.

➤ Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2021 – 2024 г. – чрез програмата се осигурява имунизационна защита на момичета от основните целеви групи (между 10- и 13-годишна възраст) с цел намаляване на заболеваемостта и смъртността от рак на маточната шийка.

➤ Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити 2017 - 2021 г. – програмата е насочена към намаляване на заболяемостта и създаване на колективен имунитет чрез специфична профилактика на деца на 6-седмична възраст. С цел осигуряване на устойчивост, е разработена програма за периода 2022-2025 г.

3.3. Нормативната уредба в областта на превенцията на полово предаваните инфекции

➤ Министерство на здравеопазването покрива със средства от държавния бюджет всички разходи, свързани с изследване и лечение на ХИВ, независимо от здравноосигурителния статус на пациента.

Съгласно чл. 106а, ал. 6 от Закона за лечебните заведения министърът на здравеопазването определя с наредба критериите и реда, по които се извършва субсидиране

на лечебни заведения от Министерството на здравеопазването в посочените от закона случаи.

Законът за лечебните заведения в чл. 106, ал. 3 и чл. 106а, ал. 1 – 5 и ал. 7 след неговите изменения и допълнения, обнародвани в „Държавен вестник“, бр. 102 от 2018 г., в сила от 1 януари 2019 г., определя случаите на субсидиране на лечебни заведения от Министерството на здравеопазването, като един от тях е субсидиране на преобразуваните държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ и лечебните заведения за болнична помощ с държавно и/или общинско участие в капитала за дейности по чл. 82, ал. 1, т. 8 от Закона за здравето, определени с наредба на министъра на здравеопазването, а именно – по заплащане на лечение за заболявания при условия и по ред, също определени от министъра на здравеопазването. За посочените дейности могат да се субсидират и лечебните заведения към Министерския съвет, Министерството на здравеопазването, Министерството на от branата, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта.

На посочените правни основания е издадена Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения (обн., ДВ, бр. 29 от 2019 г.).

По реда и критериите на наредбата Министерството на здравеопазването субсидира лечебните заведения за дейности, които се предоставят бесплатно на всички български граждани и на чужденците, които се ползват с медицинска помощ наравно с българските граждани на територията на страната, без значение на техния социален, здравноосигурителен статус и гражданство. Субсидираните по наредбата медицински дейности се предоставят пряко на гражданите (пациентите), т.е. те имат от една страна индивидуален характер, но предвид спецификата на осъществяваните дейности (спешна медицинска помощ, в т.ч. при бедствия, аварии и катастрофи, лечение на инфекциозни заболявания, психични заболявания, зависими пациенти и др.) от друга страна те са в интерес и на общественото здраве и сигурност. Тяхната обществена значимост е изрично регламентирана в чл. 82 от Закона за здравето, където тези дейности са посочени като дейности, които държавата се задължава да предоставя на всички свои граждани, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Резултатът от прилагането на наредбата е свързан с подобряване на достъпа до медицински услуги на уязвими групи от населението и решаване на здравни проблеми извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, както и създаване на възможност за лечебните заведения за подобряване на ефективността на здравното обслужване.

Дейностите, които Министерството на здравеопазването субсидира по наредбата са извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за което Националната здравноосигурителна каса заплаща чрез средства от здравноосигурителни вноски за

здравноосигурени лица. Министерството на здравеопазването субсидира лечебните заведения за дейности, които се предоставят бесплатно на всички български граждани и на чужденците, които се ползват с медицинска помощ наравно с тях, без значение на техния социален и здравноосигурителен статус, т.е. при всеобщ обхват. Размерът на субсидията за всяка от дейностите се основава единствено на данните за разходите за дейността, без да се отчитат приходи (за тези дейности не е предвиден друг ред на финансиране, т.е. не се генерираят други приходи), както и не се предвижда печалба.

С наредбата в областта на инфекциозните и неспецифичните белодробни заболявания, които са посочени в отделни списъци, дейностите, които са заложени в са лечение на пациенти с активна туберкулоза, обхващане на контактни на пациенти с туберкулоза, лица с латентна туберкулозна инфекция и съспектните за туберкулоза лица, амбулаторно проследяване (диспансеризация) на пациенти с туберкулоза, продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза, продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с неспецифични белодробни заболявания, а също и дейности по стационарно лечение на пациенти с ХИВ/СПИН, амбулаторно проследяване на три и/или шест месеца на пациенти с ХИВ/СПИН и месечно амбулаторно лечение на пациенти с ХИВ/СПИН.

На практика с наредбата са обхванати основните познати диагнози в областта на инфекциозните и неспецифични белодробни заболявания, които представляват заболявания с обществена значимост, както и всички необходими за овладяването им медицински дейности.

Осигуряването на профилактиката и лечението на случаите на туберкулоза, както и осигуряването на мониторинг на случаите на ХИВ - инфекция са необходими за постигане на намаляване на риска от разпространяването на тези инфекции.

Своевременното лечение, откриване на контактни лица, провеждане на профилактично лечение на случаите с латентна туберкулозна инфекция, а също така и прилагане на ранно лечение, наблюдение и грижи за случаите на ХИВ - инфекция способства за прекъсване на веригата на предаване на инфекциите и по-нататъшното им намаляване.

Прилагането на своевременно лечение и проследяването на същото допринася за превенцията на възникване на резистентни форми на туберкулоза и ХИВ/СПИН, което предпазва обществото като цяло от разпространението на тези инфекции и намалява смъртността от тях.

С наредба се предвижда и субсидиране на диагностика и стационарно лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за предотвратяване на епидемиологичен риск при възникване на конкретна епидемиологична ситуация, като размерът на субсидията и лечебните заведения се определят със заповед на министъра на здравеопазването, съобразно конкретната ситуация, потребностите на населението и необходимия финансов ресурс.

Субсидирането да се извършва индивидуално по отношение на всяко лечебно заведение в съответствие със склучен между него и министъра на здравеопазването едногодишен договор за субсидиране и на база извършена и отчетена дейност.

Съгласно Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (обн., ДВ, бр. 95 от 2005 г.) е предвидено, че лекарствените продукти, предназначени за лечението на инфекциозни заболявания (ХИВ инфекция и туберкулоза) се заплащат със средства от държавния бюджет, а именно лекарствени продукти, които са включени в приложение № 3 на Позитивния лекарствен списък съгласно чл. 262, ал. 6, т. 3 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (лекарствени продукти, предназначени за лечение на СПИН, на инфекциозни заболявания, на заболявания извън обхвата на Закона за здравното осигуряване, заплащани по реда на чл. 82, ал. 1, т. 8 от Закона за здравето, както и ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини, определени с наредбата по чл. 58, ал. 2 от Закона за здравето).

➤ Съгласно Наредба № 47 от 2009 г. за условията и реда за изследване, съобщаване и отчет на заразеност с вируса на синдрома на придобитата имунна недостатъчност (обн., ДВ, бр. 103 от 2009 г.) основните цели на изследването за заразеност с ХИВ са:

1. намаляване на риска от разпространение на ХИВ;
2. ХИВ инфицираните лица да узнаят своя статус и да получат своевременно лечение, грижи и подкрепа;
3. осигуряване на своевременно консултиране и изследване на партньорите на ХИВ инфицираните лица.

Изследване за заразеност с ХИВ се извършва от:

1. лечебни заведения;
2. Националния център за заразни и паразитни болести;
3. регионалните здравни инспекции;
4. кабинети, разкрити в изпълнение на национални здравни програми, като кабинети за бесплатно и анонимно консултиране и изследване на синдрома на придобитата имунна недостатъчност и мобилни медицински кабинети.

Медицинският специалист, назначил изследването, съобщава лично резултата на лицето в конфиденциална обстановка и при условия, позволяващи запазване на поверителността на информацията. При съобщаване на резултата от изследването за ХИВ се провежда следтестово консултиране на лицето. Медицинският специалист е длъжен да информира ХИВ инфицираното лице за необходимостта да разкрие своя ХИВ статус на контактните си лица в риск от заразяване, както и за необходимостта те да бъдат консултирани и изследвани.

Положителният резултат от потвърдително изследване на втора кръвна проба от националната референтна лаборатория за ХИВ към Националния център по заразни и паразитни болести се съобщава и лицето се насочва към лечебно заведение за лечение на ХИВ инфекция и към служби за психосоциална подкрепа и грижи на лица с ХИВ инфекция. Бременните се информират за необходимостта от провеждане на антиретровирусна профилактика за предотвратяване предаването на ХИВ на плода и за изследване на новороденото за заразеност с ХИВ.

Националната референтна лаборатория за ХИВ изпраща информация на регионалната здравна инспекция по местоживееще за положителния резултат под индивидуален код на лицето с бързо известие съобразно разпоредбите на Наредба № 21 от 2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести (обн., ДВ, бр. 62 от 2005 г.), а в срок от два работни дни съобщава на Министерството на здравеопазването за всеки случай с установена заразеност с ХИВ, като попълва форма за съобщаване на случаи с установена заразеност с ХИВ.

➤ Съгласно Наредба № 3 от 2016 г. за реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция (обн., ДВ, бр. 43 от 2016 г.) основните цели на диагностиката, профилактиката и контрола на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция са:

1. инфицираните лица да узнаят своя статус и да получат своевременно специфично лечение;
2. намаляване на риска от разпространение на сексуално предавани инфекции и предотвратяване последствията от тях за плода и новороденото;
3. осигуряване на своевременно консултиране и изследване на партньорите на инфицираните лица;
4. подобряване на надзора на сексуално предавани инфекции – честота, рискови групи, разпространение по региони, пол и възраст, антибиотична резистентност на причинителите и др.

Диагностиката на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция се извършва от:

1. лечебни заведения;
2. Националния център по заразни и паразитни болести;
3. центровете по трансфузионна хематология;
4. регионалните здравни инспекции.

➤ Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции (СПИ) в Република България 2021-2025 г. – програмата използва интегриран и балансиран подход и включва всеобхватни услуги по превенция, диагностика, лечение, грижи и подкрепа. Тя се базира на натрупания опит и дейности, основани на доказателства;

фокусира се върху услугите, насочени към специфичните нужди на целевите групи, както и до увеличаване и разширяване на обхвата с висококачествени услуги.

- Създаване и разширяване на системата за второ поколение епидемиологичен надзор, която има за цел паралелно наблюдение на биологични и поведенчески тенденции сред най-уязвимите групи;

- Активно мотивиране и насочване на най-уязвимите групи да използват услугите за доброволно изследване и консултиране (ДКИ) за ХИВ; бързо разширяване на услугите за ДКИ чрез мрежа от Кабинети за анонимно и бесплатно консултиране и изследване за ХИВ, мобилни кабинети и нископрагови центрове за лица, инжекционно употребяващи наркотици (ИУН);

- Провеждане на кампании на национално ниво за промоция на консултирането и изследването за ХИВ, включително и анонимно и бесплатно в Кабинетите за анонимно и бесплатно изследване и консултиране за СПИН.

Националните програми в периода 2004-2008 г., 2009-2015 г. и 2017-2020 г. доразвиха започнатите политики чрез своята многокомпонентна система, фокусирана върху превенцията на ХИВ и СПИ, политиката на изследване за ХИВ и СПИ, осигуряване на качествено проследяване, лечение и грижи и подкрепа за хората, живеещи с ХИВ, укрепване на епидемиологичния надзор и създаването на подкрепяща среда за устойчивост на националния отговор на ХИВ и СПИ.

Основните приоритети са разширяване на обхвата на услугите по анонимно, доброволно консултиране и изследване за ХИВ, запазване на обхвата на превенцията и недопускане на епидемия от ХИВ сред общото население и групите в най-висок рисък: лица, инжекционно употребяващи наркотици (ИУН); мъже, които правят секс с мъже (МСМ); маргинализирани етнически общности в рисък; лица, лишени от свобода; лица, предлагани сексуални услуги, и техните клиенти; лица, търсещи и получили международна закрила, мигранти и мобилно население; млади хора, деца и млади хора в рисък; хора, живеещи с ХИВ, и техните партньори и близки.

В изпълнение на дейностите по Програмите и в резултат на предоставяните услуги в страната се постигна устойчиво задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ - под 1% сред общото население и недопускане развитие на концентрирана епидемия сред групите в най-висок рисък.

3.4. Нормативната уредба в областта на здравната медиация

➤ Съгласно разпоредбата на чл. 29, ал. 1 от Закон за здравето (доп. – ДВ, бр. 58 от 2019 г.) държавните и общинските органи и институции планират, разработват и провеждат

политика, насочена към опазване здравето на гражданите чрез осигуряване на здравословна жизнена среда, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика.

Дейността на общините по провеждане на политики в областта на здравната профилактика сред населението и на лекарите при и по повод на предоставяната медицинска помощ може да се подпомага от здравни медиатори. (чл. 29, ал. 2 от Закона за здравето, нова – ДВ, бр. 58 от 2019 г.)

➤ В изпълнение на законовата делегация на чл. 29, ал. 3 и 4 от Закона за здравето министърът на здравеопазването прие наредба, с която са определени изискванията за дейността на здравните медиатори – Наредба № 1 от 19 август 2020 г. за изискванията за дейността на здравните медиатори (обн., ДВ. бр. 75 от 2020 г.).

Здравните медиатори подпомагат дейността на общините по провеждане на политики в областта на здравната профилактика сред населението и на лекарите при и по повод на предоставяната медицинска помощ.

Изискванията, на които следва да отговаря едно лице, за да бъде назначено за здравен медиатор, са следните (чл. 5 от наредбата):

1. да е навършило пълнолетие;
2. да не е поставено под запрещение;
3. да не е осъждано за умышлено престъпление от общ характер на лишаване от свобода;
4. да има завършено средно образование;
5. да владее майчиния език на лицата от уязвимата група;
6. да познава културата и проблемите на уязвимата група;
7. да познава нормативните актове в системата на здравеопазването и закрилата на детето;
8. да има умения за работа с компютър – MS Word, електронна поща.

Задължително изискване преди започване на работа на здравния медиатор е той да е преминал успешно обучение във висше училище или в Националния център по обществено здраве и анализи по програма, утвърдена от министъра на здравеопазването (чл. 7, ал. 2 от наредбата).

Здравните медиатори подпомагат дейността на общините по провеждане на политики в областта на здравната профилактика сред населението и на лекарите при и по повод на предоставяната медицинска помощ, като:

1. подпомагат достъпа до медицинска помощ на лица от уязвими групи чрез:
 - а) информиране и разясняване на правата и задълженията на пациентта;
 - б) информиране за здравните дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса;

в) информиране за медицински услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;

г) придвижаване до общопрактикуващ лекар и/или друг/и медицински специалист/и;

д) при необходимост оказване на съдействие при изготвяне на необходими документи – за възстановяване на здравноосигурителни права; при настанияване и/или изписване от лечебно заведение; за извършване експертиза на временната неработоспособност, експертиза на вида и степента на увреждане и експертиза на трайно намалената работоспособност; за заплащане от дирекция „Социално подпомагане“ на оказана болнична медицинска помощ за диагностика и лечение; за получаване на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия по Закона за хората с увреждания и др.;

е) оказване на съдействие за закупуване на лекарствени продукти и медицински изделия;

ж) подпомагане дейността по превенция на насилието над медицински специалисти;

2. осъществяват дейности по промоция на здравето сред уязвими групи чрез:

а) информиране по въпроси, свързани със семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве;

б) информиране и разясняване на ползата от ваксинопрофилактиката, рисковете от ваксинопредотвратимите инфекциозни заболявания и техните усложнения;

в) информиране за вредите от тютюнопушенето, употребата на алкохол и наркотични вещества;

г) предоставяне на съвети за хигиена и хранене;

3. при необходимост оказват съдействие на общопрактикуващите лекари:

а) за обхващане на включените в пациентския им списък лица с необходимите ваксини за възрастта съгласно Имунизационния календар на Република България и на такива с непълен имунизационен статус;

б) при организирането и провеждането на имунизационни кампании;

в) за осъществяване на профилактични прегледи на включените в пациентския им списък лица;

г) при прилагане на профилактични и противоепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;

д) при изпълнение на програми в областта на здравната профилактика;

4. при необходимост оказват съдействие на лекарите по дентална медицина:

а) за осъществяване на дентални профилактични и лечебни дейности;

б) при изпълнение на профилактични национални и регионални програми в областта на денталната медицина;

5. оказват съдействие на регионалните здравни инспекции:

а) за обхващане на лица без избран общопрактикуващ лекар с необходимите ваксини за възрастта съгласно Имунизационния календар на Република България и на такива с непълен имунизационен статус;

б) при организирането и провеждането на имунизационни кампании;

в) при прилагане на профилактични и противоепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;

г) при изпълнение на програми в областта на здравната профилактика;

6. оказват помощ на лица от уязвими групи при взаимодействие с държавни и общински органи и институции във връзка с предоставяне на медицинска помощ, интегрирани здравно-социални услуги и осъществяване на дейности в областта на здравната профилактика.

Гаранция за общественото приемане и утвърждаване на длъжността здравен медиатор са описаните в наредбата принципи, които медиаторите трябва да спазват – отговорност, спазване и зачитане на човешките права и правата на хората с увреждания, зачитане достойнството на личността, зачитане правото на изразяване на мнение и изслушване, конфиденциалност, индивидуален подход, приемственост, своевременност и междуинституционално сътрудничество.

Съгласно чл. 7, ал. 1 от наредбата здравните медиатори работят по трудов договор, сключен с кмета на съответната община.

Дейността на здравните медиатори е делегирана от държавата дейност, финансирана със средства от държавния бюджет.

Всяка година Министерският съвет определя делегираните от държавата дейности, финансиирани със средства от държавния бюджет при организирането и предоставянето на публични услуги, в т.ч. определя и броя на здравните медиатори, а също така приема стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности с натурални и стойностни показатели, финансиирани чрез бюджетите на общините, в т.ч. за функции „Здравеопазване“. Съгласно Решение № 50 на Министерския съвет от 2022 г. за приемане на стандарти за делегираните от държавата дейности с натурални и стойностни показатели през 2022 г. броят на здравните медиатори е 307, а размерът на финансовия стандарт е 13 523 лв.

Дейността на общините по провеждане на политики в областта на здравната профилактика сред населението може да се подпомага от юридически лица с нестопанска цел с доказан опит и утвърдени практики в съответната област. За ограничаване на разпространението на заразни и социалнозначими заболявания сред населението, както и за подпомагане осъществяването на други дейности в областта на здравната профилактика, е възможно общинските администрации да бъдат подпомагани от гражданските организации, които могат да бъдат избирани по условията, реда и критерии, посочени в наредбата. Важно условие за провеждането на тази дейност е неправителствените организации да имат

специфична компетентност, опит и партньорство с други организации в областта на здравната профилактика.

4. Национални политики в областта на достъпа до здравеопазване:

4.1. Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020)

Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 (НППМДЗ) е приета с Решение № 510 на Министерския съвет от 17.07.2014 г., със срок на действие - края на 2020 година. Изпълнението на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г., е само част от общата политика в областта на детското и майчино здраве и е съобразена с общите стратегически документи на националното и секторно ниво в тази област.

За постигането на стратегическата цел по Програмата: Подобряване майчиното здраве и здравето на децата до 18 г.; подобряване на ключови показатели, свързани със здравето на младите хора, бременните, децата и двойките чрез насърчаване и подкрепа за добри практики, промоция на здравето и подпомагане на достъпа до здравни грижи, бяха определени следните приоритети:

- ✓ Повишена информираност на бременните, двойките, децата и техните родители, по различните аспекти на репродуктивното здраве;
- ✓ Изгответи и приети нормативни промени в здравното законодателство за регламентация на интегрирани съвременни здравно-консултативни услуги за бременни, майки, двойки, семейства, деца;
- ✓ Усъвършенстван механизъм за събиране на данни, оценка и анализ на състоянието на майчиното и детско здраве с оглед определяне на необходимите интервенции съобразно особеностите и потребностите на регионите;
- ✓ Подобрено здравно обслужване на бременните жени, двойките, майките и децата чрез предоставяне на интегрирани здравно- консултативни услуги;
- ✓ Превенция на усложненията при деца с хронични заболявания чрез прилагане на комплексно интердисциплинарно обслужване;
- ✓ Подобрени грижи за недоносените деца, вкл. наблюдение и рехабилитация;
- ✓ Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата.

Основната цел на Програмата е свързана с осигуряването на комплексни мерки, за подобряване медицинското обслужване и грижите за жените по време на бременността и след раждането, както и за децата от 0-18 години, включително за деца с увреждания и хронични заболявания. Чрез Програмата се изпълняват дейности, за които няма осигурено финансиране от други източници и които имат значим здравен ефект, свързан с ранната

диагностика на заболявания и увреждания и осигуряването на комплексни медицински грижи за деца с определени хронични заболявания.

През 2016 г., бяха определени регионалните координатори от регионалните здравни инспекции (РЗИ), чиито ангажименти са свързани с координация и контрол на дейностите, които се изпълняват от лечебните заведения в съответната област.

Като сериозен проблем при изпълнението на Програмата се отчита недостатъчното финансиране, което доведе до невъзможност да бъдат изпълнени много от заложените в Работния план дейности.

Таблица 9: Бюджет по години

	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Бюджет в лв.	2 000 000	2 490 000	2 490 000	2 490 000	4 690 000	4 690 000
Планирани средства в лв.	13 799 500	13 482 500	13 187 000	15 488 000	15 489 500	15 489 500

С оглед ограничения ресурс, средствата бяха насочени основно към медицински дейности, които се изпълняват от лечебни заведения за болнична помощ, с които бяха сключени договори. Допълнително бяха финансиирани обучителни дейности, които бяха изпълнени от НЦОЗА, както и едно социологическо проучване.

За популяризиране на Програмата сред населението и специалистите беше изгotten информационен материал и публикуван на сайта на НЦОЗА. Бяха организирани семинари, кръгли маси, работни срещи за обсъждане изпълнението на НППМДЗ. Представители от НЦОЗА участваха в провеждането на кръгла маса на тема: „Проблеми на детското здравеопазване”, на която беше представен напредъкът в изпълнението на дейностите по Програмата и бяха набелязани мерки за подобряване на резултатите, сред които засилване ролята на Националния координационен съвет и повишаване ефективността на Здравно-консултивните центрове за майчина и детско здраве (ЗКЦ), създадени и разкрити по програмата.

С цел повишаване на информираността, знанията и нагласите на подрастващите за изграждане на жизненоважни умения за отговорно здравословно поведение, регионалните здравни инспекции (РЗИ) проведоха множество кампании. Съвместно с неправителствени организации и със съдействието на здравните медиатори са проведени редица информационни срещи с презентации и лекции, насочени към бременните, кърмачките, настоящите и бъдещи майки, предоставени са и множество брошури. Проведени са анкети, насочени към проучване нагласите на населението спрямо провеждане на имунизации и са изгответи здравно-информационни материали, които са публикувани на страниците на РЗИ. Акценти в кампаниите са поставени на теми, свързани с насьрчаване на кърменето, повишаване на здравната култура на бъдещите майки включително и познанията за грижата за детето, повишаване информираността на подрастващите за изграждане на умения за

отговорно здравословно поведение, изграждане на здравословни навици по отношение на храненето, вредното влияние на тютюнопушенето, употребата на алкохол и наркотични вещества и други. Изгответи бяха множество здравно-информационни материали, публикувани на страниците на РЗИ. Сред хората от уязвими групи бяха проведени здравно-образователни дейности, свързани с превенция на нежелана бременност, превенция на разпространението на СПИН и ХИВ, профилактика и рехабилитация на социално значими заболявания, за ползите от профилактичните прегледи. На регионално ниво са проведени и работни срещи със здравните медиатори и представители на ромската общност на различни теми, касаещи здравословния начин на живот. Оказвана е и методична помощ във връзка с реализиране на съвместни дейности за превенция на здравето сред хора в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства. Проведени са множество мероприятия и в детските градини – презентации и игри за разпознаване на ползите и вредни храни, оказана е методична помощ на медицински и немедицински специалисти от детските заведения, във връзка с изпълнение на дейности за предотврътане на хроничните незаразни болести, както и помощ за изготвяне на седмични менюта в съответствие с изискванията на Наредба № 2 за здравословно хранене децата от 0 до 3 г., Наредба № 6 от 2011 г. за здравословно хранене на децата от 3 до 7 г. и Наредба № 1 от 2018 г. за физиологични норми за хранене.

В рамките на Програмата беше проведено национално представително изследване на знанията и нагласите за задължителния характер на ваксинациите. Резултатите показваха, че съществува необходимост от повишаване степента на информираност сред общото население на страната относно ползите от имунизацията и реимунизацията с ваксини. Обществените настроения, като цяло, са благосклонни към задължителните ваксини от Националния имунизационен календар, 90% от родителите считат, че задължителните ваксини са необходими, същият дял хора считат, че ваксините предпазват от заболявания. 92% са убедени, че има полза от ваксините, прилагани съгласно Националния имунизационен календар. Около 73% считат, че ваксините трябва да бъдат задължителни.

Съществен принос за постигане на целите, заложени в Програмата има и Националния център за обществено здраве и анализи (НЦОЗА), който се ангажира при изпълнението на дейности свързани с провеждане на проучвания на знанията, нагласите и поведението на подрастващите за собственото им здраве; кампании за подобряване познанията на населението за бременността, раждането, грижите за децата, за недоносените, хранене и здравословно поведение; програми за повишаване знанията в областта на репродуктивното здраве; кампании за повишаване знанията и информираността на подрастващите за изграждане на умения за отговорно здравословно поведение; и др. НЦОЗА изпълнява и дейности, свързани с планиране и реализиране на профилактични, превантивни и промотивни дейности по опазване и подобряване на майчиното и детско здраве, които

включват здравно-информационни, здравно-образователни, здравно-консултативни, обучителни и дейности за утвърждаване на здравословен начин на живот. НЦОЗА реализира редица дейности за повишаване нивото на информираност на бременни, двойки, деца и родители по различни аспекти, включени в Работния план към НППМДЗ.

Във връзка с промените в Наредбата № 6/2011 г. за здравословно хранене на децата от 3 до 7 години в детските заведения, през 2020 г. е преработен, допълнен, публикуван и разпространен „Сборник рецепти и ръководство за здравословно хранене на деца от 3 до 7 годишна възраст“. С цел повишаване на информираността на населението, служители на НЦОЗА участват в редица медийни изяви по теми за храненето на децата в България, представят изискванията за здравословно хранене, новостите в рецептите и приготвяното на храната за най-малките, съобразени с последните постижения в науката за храненето. Преиздадени са „Препоръки за здравословно хранене на деца от 3 до 6 год.“ и „Пирамида на здравословното хранене“. Преиздадени са дипляна „Кой е най-подходящият спорт за мен“ и дипляна „Спортуй безопасно“, предназначени за деца (6-18 г.), за родители, медицински специалисти и учители; дипляна „Зашо моето дете?“ – за вредата от пасивното тютюнопушене; брошура „Грижи за личната хигиена на малкото дете (от раждането до седмата година)“ за повишена информираност и подобрени родителски умения. Проведени са информационни кампании за здравословно поведение и утвърждаване на здравословен начин на живот при децата и учениците с цел промоция на здраве на учениците.

През 2017 г. екип от НЦОЗА разработи здравно-образователен материал на тема „Сън и здраве“. Презентация по темата е предоставена на РЗИ за провеждане на обучение на медицинските сестри от училищата в областта в помощ на тяхната дейност по повишаване на информираността, знанията и промяна в нагласите за здравословен начин на живот при деца в училищна възраст.

За периода 2016 - 2018 г. са проведени и 113 консултации на деца, родители и специалисти по проблеми, свързани със здравето и развитието в детската възраст, с акцент на ранното детство, нарушения на развитието. Във връзка с провеждане на информационни кампании за подобряване на грижите за децата, през 2017 г. е разработен здравно-образователен и методичен материал на тема „Фактори за качество на грижите и роля на медицинската сестра за комплексна промоция на здравето и развитието на децата в детската ясла“. Материалът е разпространен в 12 самостоятелни детски ясли в гр. София с цел повишаване квалификацията на персонала за подобряване качеството на грижите и комплексна промоция на здравето на децата, отглеждани в детски ясли и утвърждаване на здравословен начин на живот от най-ранна възраст. Обхванати са 72 медицински сестри от детски ясли в столицата.

За повишаване квалификацията на специалисти от здравни и детскни заведения по въпросите на здравето и развитието в ранно детство, включително и нарушения в развитието,

за периода 2015-2018 г. в партньорство с Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) са проведени тематични курсове за следдипломно обучение по въпросите детско развитие и промоцията на здраве за специалисти от РЗИ, директори и медицински сестри от детски заведения, за медицински и немедицински специалисти от детски заведения, обучени са 45 медицински сестри от самостоятелни детски ясли от гр. София.

През 2018 г. са разработени са 3 обучителни програми и учебни материали за повишаване квалификацията на медицински сестри и педагози от детски ясли, ОПЛ и педиатри от извънболничната медицинска помощ по въпросите на ранното детско развитие, оценка, проследяване и ранно откриване на проблеми и нарушения в развитието при деца от раждането до 3-годишна възраст и за консултиране на семейства на деца в тази възраст, като е проведен курс с педагози от самостоятелни детски ясли от гр. София. Изготвен е методичен учебен материал в помощ на диагностиката на развитието на деца на възраст 1 месец - 3 години от специалистите в извънболничната помощ, разпространен със съдействието на НСПСИБМП и на сайта на организацията, обхванати са 28 педиатри от извънболничната помощ.

През 2019 г., в партньорство с БАПЗГ, НЦОЗА организира национална кръгла маса на тема „Усъвършенстване на грижите за здравето и развитието на децата в детските ясли”, с участието на специалисти от самостоятелните детски ясли в страната. В рамките на инициативата бяха обсъдени мерки за постигане на европейските стандарти за качество на услугите за грижи и образование за децата в тази възраст, включително и за промяна в нормативната уредба.

С оглед определяне на необходимите интервенции съобразно особеностите и потребностите на регионите и заложената в Програмата дейност „Провеждане на проучвания за съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната“, бяха реализирани следните дейности:

- Изследване на показатели за здравното състояние на децата на база на съществуващите и използвани международни и национални показатели;
- Преглед на европейското и националното законодателства, регламентиращи статистическите изследвания;
- Подбор на показатели за здравното състояние на децата на база критерии за приложимост и методологическа стабилност на показателите;
- Създаден информационен масив с абсолютни данни и показатели според Критерии за приложимост и Методологическа стабилност за здравното състояние на децата по различни признания и на различни нива – национално и областно за 2012 – 2015 г.;
- Форматирани данни за здравното състояние на децата в табличен и графичен вид;

- Структуриран Анализ за детското здраве на национално ниво за периода 2012 – 2015

г.;

- Анализи за детското здраве по области за периода 2012 – 2015 г.

Също така в рамките на НППМДЗ 2014-2020 г., Министерство на здравеопазването сключи договори, с лечебните заведения за болнична помощ с разкрити АГ и неонатологични структури, за провеждане на масов универсален неонатален слухов скрининг, с апарат за отоакустични емисии. Скринингът е въведен с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени, като са обхванати приблизително 87 % от всички живородени в страната. Също така, бяха осигурени и средства за заплащане на биохимичен скрининг (за дейността по извършване на изследванията и консултациите) за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена, а китовете и реактивите за изследванията се осигуряват от МЗ по реда на наредба Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени. Изследванията се извършват в генетичните лаборатории към университетските болници: СБАЛАГ „Майчин дом“, УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив, УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, УМБАЛ „Проф. д-р Г. Странски“ – Плевен и УМБАЛ „проф. д-р Ст. Киркович“. От началото на програмата до края на 2020 г., са изследвани 117 651 жени.

През 2015 г. на НЦОЗА бе възложено изпълнението на дейност „Разработване на програма и провеждане на обучение на ОПЛ и педиатри (минимум 75 участника), за ранно откриване на аутизъм при деца“, с цел повишаване квалификацията на специалистите от извънболничната медицинска помощ (общопрактикуващи лекари и педиатри) за ранно откриване на аутизъм при деца, като първи етап от скрининга на аутизма в ранно детство. Проведено бе обучение на 95 общопрактикуващи лекари (ОПЛ) и педиатри от извънболничната помощ за ранно откриване на аутизъм при деца до 3-годишна възраст. За целта бе направен подбор и изготвен инструментариум за бърз скрининг на аутизма в системата на извънболничната медицинска помощ, на базата на преглед на утвърдилите се като надеждни и приети и у нас практики и методи и извършени процедури по адаптацията и авторските права на M-CHAT- R/F. Беше изготвена програма на обучителен модул за ОПЛ и педиатри от извънболничната помощ по темата, издаден бе и диск с материал, със заглавие „Скрининг на аутизма в ранно детство“. Размножени са 100 копия на диска с учебния материал и 75 копия на метода за бърз скрининг на аутизма и на метод за оценка на психичното развитие на деца от 0 до 3 години. Обучението беше организирано и проведено със сътрудничество на професионалните сдружения на ОПЛ и педиатри от извънболничната помощ (НСПСИБП, Сдружение на ОПЛ от София-област - СОЛСО, НСОПЛБ) и

акредитирано от БЛС, като бяха издадени удостоверения за завършено продължаващо обучение.

В НЦОЗА са проведени и два семинара - пилотен семинар с участието на 13 ОПЛ от гр. София, семинар за педиатри от извънболничната помощ, с участието на 50 специалисти от страната и дистанционно обучение на 30 ОПЛ от София-област. Обучени са общо 93 ОПЛ и педиатри от извънболничната помощ за откриване на аутизъм при деца в ранна възраст. Целта на обучението е да бъдат повишени знанията и уменията на ОПЛ и педиатри от извънболничната помощ, които имат в практиките си деца до 3-годишна възраст, за ранно откриване на аутизма и запознаване с методите за скрининг на аутизма в детската възраст; ранно диагностициране на аутизма (преди навършване на 3-годишна възраст) чрез своевременно откриване на симптомите в извънболничната медицинска помощ и насочване за навременна диагностика и за ранна интервенция към специализирана медицинска помощ и придобиване на знания и умения за психодиагностика в ранно детство и ранно откриване на отклонения и нарушения в развитието през първите три години.

Участниците в обучението са го оценили като полезно и необходимо за техните практики в системата на извънболничната медицинска помощ и са изразили желание за провеждане на обучения на подобни теми, свързани с ранното детско развитие, увреждания и хронични заболявания при деца в ранна възраст.

Реализираните дейности за скрининг на аутизма в ранно детство и квалификация на кадрите в сферата на здравеопазването и здравното обслужване по въпросите на аутизма са част от интегриран план за действие за постигане на цялостно решаване на проблемите на децата с аутизъм от най-ранна възраст и техните семейства чрез прилагане на комплексен подход и междуинституционално взаимодействие.

В НЦОЗА са разработени здравно-образователни материали за повишаване квалификацията на здравни специалисти от РЗИ, от детски заведения и училища по въпросите на аутизма, които са разпространени в 28-те РЗИ в страната, а с тяхно съдействие и до съответните специалисти от детски заведения и училища. Проведени са супервизии на педиатри от извънболничната помощ, преминали обучение за скрининг на аутизма в НЦОЗА. Разработен е и здравно-образователен материал на тема „Аутизъм като проблем на общественото здраве”, пред назначен за здравни специалисти от РЗИ в помощ на подготовката и реализирането на здравно-информационни и здравно-образователни дейности сред обществото с цел повишаване информираността за аутизма, преодоляване на стигмата и подобряване на грижите за деца с аутизъм. Целта е повишаване информираността за аутизма, прилагане на комплексен интегриран подход при предоставяне на услугите за деца с аутизъм и техните семейства и подобряване на тяхното качество.

През 2016 г., във връзка с отбелязването на Световния ден за повишаване на информираността за аутизма - 2-ри април, на сайта на НЦОЗА е публикуван здравно-

информационен материал с цел повишаване информираността на здравните специалисти и обществото за съвременните тенденции в решаване на проблемите на хората, засегнати от разстройствата от аутистичния спектър; за напредъка и реализираните дейности в помощ на хората с аутизъм и техните семейства в нашата страна, за реализирани дейности по линия на международно сътрудничество във връзка с членството на България в Мрежата на Югоизточна Европа за аутизма (SEAN). Представена е и информация за международни документи и резолюции на СЗО и ООН, в които се изтъкват важни доводи, обосноваващи необходимостта да се обърне специално внимание на разстройствата от аутистичния спектър (PAC) и се предлагат ефективни решения чрез общи насоки, в които да се предприемат съответни действия. Изготвен и публикуван на сайта „Дневникът на мама“ е здравно-информационен материал за родители.

През 2017 г. продължиха дейностите по разработване и разпространяване на здравно-образователни материали в помощ на скрининга на аутизма в ранно детство в извънболничната медицинска помощ. Разработени бяха 5 здравно-образователни материали за повишаване квалификацията на специалисти от извънболничната помощ (ОПЛ и педиатри) в областта.

През 2018 г., с цел повишаване информираността на здравните специалисти по проблемите на аутизма, са популяризириани резултатите от проведено проучване на потребностите на децата с аутизъм и техните семейства сред педиатри и ОПЛ от извънболничната помощ. Проучването се провежда по инициатива на Мрежата на Югоизточна Европа за аутизма (SEAN) за сътрудничество на страните от региона в помощ на засегнатите от PAC семейства, на която България е член, с участието на Албания, Хърватия, България и Турция. Целта е, на базата на установяване и по-добро разбиране на потребностите на засегнатите от аутизма семейства, да се планират адекватни дейности, услуги, стратегии и политики в помощ на децата с аутизъм и техните семейства, на национално и регионално ниво. Направен е сравнителен анализ на данните за всички страни. Констатирани са някои общи тенденции и проблеми в страните по отношение на средната възраст на диагностициране на аутизма, достъпа до услуги, степен на удовлетвореност от качеството им, трудности и проблеми на семействата, засегнати от PAC. Резултатите показват, че достъпът до услуги в страните от региона е по-ограничен, а стигмата по-често явление в сравнение с останалата част на Европа. Отглеждането на дете с аутизъм е свързано със сериозни финансови затруднения за родителите, като голяма част от тях са принудени да намалят работното време и дори да напуснат работа, за да се грижат за децата. Констатира се и несъответствие между потребностите, вида, адекватността и качеството на предлаганите услуги. Особено важна за детето и семейството, според анкетираните родители, е подкрепата от страна на предоставящите услуги, като повече от половината обаче са изразили неудовлетвореност от получаването на такава. Изготвен е общ доклад с анализ на

результатите от проучването с препоръчани мерки за преодоляване на установените негативни тенденции и за адекватно удовлетворяване на потребностите на децата с аутизъм и техните семейства. С резултатите от проучването са запознати институции, работещи с деца и семейства, засегнати от аутизма и други заинтересовани страни.

Проучването е първото систематично изследване на състоянието и потребностите на засегнатите от РАС семейства в страни от Югоизточна Европа, което дава насоки за бъдещи изследвания и формиране на политики за подобряване качеството на техния живот. Определянето на приоритетите, на базата на реална картина на потребностите, се очаква да доведе до подобряване на грижите, качеството на обслужването, разширяване на достъпа до услуги, синхронизиране на усилията на институциите, предоставящите услуги, както и с родителските НПО, на базата на по-добра информираност за проблемите на децата с аутизъм и техните семейства.

Данните от проучването са популяризираны сред медицински и немедицински специалисти, работещи в областта от системата на здравеопазване, детски заведения, училища, МУ, НПО, центрове за работа с деца с аутизъм, на научна конференция, проведена 2017 г. и в публикувани материали. Проведени са и 5 супервизии, 17 консултации и оказана методична помощ на педиатри от извънболничната помощ, преминали обучение в отдел „Детско и младежко здраве“ по прилагането на метод за бърз скрининг на аутизма, а през ноември 2018 г., със съдействието на НСПСИБП е проведено обучение на педиатри от извънболничната помощ от страната с 28 участници.

През 2019 г., в помощ на скрининга на аутизма в ранно детство, в извънболничната медицинска помощ са разработени два здравно-образователни материала и с представители на НСОПЛБ са обсъдени възможностите за разпространението им сред ОПЛ и провеждане на дистанционно обучение. Извършените дейности целят и подобряване на ресурсната обезцененост на обслужването на децата с аутизъм и техните семейства в системата на здравеопазването.

Министерство на здравеопазването финансира дейността на 31 Здравно-консултивни центрове (ЗКЦ) за майчино и детско здраве. Центровете бяха разкрити през м. септември 2015 г. на функционален принцип във всички лечебни заведения за болнична помощ - търговски дружества със смесена държавна и община собственост в капитала (областните болници), както и в 6 университетски и специализирани болници.

Със заповеди на директорите на лечебните заведения бяха определени медицинските и немедицинските специалисти, ангажирани с изпълнението на дейностите в центровете, организацията на дейностите и времеви график за всяка от тях. На страниците на лечебните заведения беше публикувана информация за дейностите, които се предоставят от центровете, работното време, данни за контакт (адрес, телефонен номер за връзка, електронен адрес). В центровете дейността се осъществява от координатор, психолог и социален работник. Като

консултанти към ЗКЦ са включени лекари-специалисти по педиатрия, неонатология, акушерство и гинекология и други. Във всеки един ЗКЦ е осигурено 8-часово изпълнение на консултативната, диагностична и лечебна дейност, като при необходимост се включват и специалисти по здравни грижи, санитари, шофьор. В ЗКЦ се предоставят информационни, консултативни, координиращи и насочващи услуги, психологична подкрепа и специализирани консултации от медицински и немедицински специалисти. Насочването на пациентите към ЗКЦ се осъществява от ОПЛ на детето, лекар-специалист от извънболничната медицинска помощ или друго лечебно заведение, след изчерпване на диагностично-терапевтичните възможности в извънболничната помощ за дейностите в обхвата на задължителното здравно осигуряване, както и по преценка на самите пациенти или техните законни представители.

Чрез ЗКЦ се организират и финансират и допълнителни консултации при наличие на заболявания, възникнали по време на бременността, в т.ч. допълнителен преглед от специалист по АГ освен прегледът, който е предвиден в Наредба № 26/2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени. Консултациите са извършвани, както на място в центъра, в приемно-консултативните кабинети на територията на лечебното заведение, така и в дома на пациентите по преценка на специалистите. Домашните посещения се предоставят на деца с увреждания, недоносени и с хронични заболявания до навършване на 1 година. При необходимост пациентите са насочвани и към високоспециализирани болници и за проследяване и лечение, бесплатно за пациентите. Дейността по програмата беше популяризирана чрез информационни материали, публикувани на интернет страниците на РЗИ и на лечебните заведения. Резултатите показват, че има необходимост от осъществяване на такъв вид дейности, които са от полза за подобряването на здравето на децата, бременните жени, майките, чрез улеснен достъп до здравно обслужване, превенция и ранна интервенция на уврежданията и хроничните заболявания, повищена информираност по въпросите на репродуктивното здраве.

От началото на програмата през м. септември 2015 г. до края на м. декември 2020 г. са отчетени 42 707 медицински консултации и 1828 домашни посещения на деца с увреждания и недоносени деца.

С цел осигуряване на високоспециализирани консултации за деца с определени заболявания, към ЗКЦ в 5 специализирани/университетски болници (СБАЛАГ „Майчин дом“, СБАЛ по детски болести „Проф. Ив. Митев“, УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив, УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и УМБАЛ „Проф. д-р Г. Странски“ – Плевен) са разкрити и 13 експертни комисии. Разкритите комисии извършват комплексно медицинско наблюдение на деца с хронични заболявания - диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени хематологични заболявания, недоносени деца и детска церебрална

парализа. През 2016 г., НЦОЗА направи проучване и събра документация относно разработка на Българската педиатрична асоциация (БПА) за „индивидуален медико-социален план“. В основата, на който, е идеята за комплексно обслужване на деца с хронични заболявания в лечебни заведения чрез изготвяне на индивидуален медико-социален план. Такива планове се изготвят за децата с хронични заболявания в създадените по Програмата Здравно-консултативни центрове за майчина и детското здраве (ЗКЦ) и в Центровете за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ).

Комисиите изготвят индивидуални медико-социални планове за децата в зависимост от конкретното състояние. Денните от годишните отчети на комисиите показват, че комисиите са необходими и ефективни по отношение проследяване и адаптиране на провежданото амбулаторно/домашно лечение. От началото на програмата до края 2020 г. са отчетени - изгответи медико-социални планове на 9725 деца.

С оглед изпълнение не ангажиментите на Министерство на здравеопазването актуализираният план за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“, приет от МС през октомври 2016 г., и с за осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа за деца с хронични заболявания, сектор здравеопазване има конкретни ангажименти по деинституционализация на децата от ДМСГД до 2025 г., които включват и разкриване на Центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. В тази връзка, от 2016 г. ежегодно в НЦОЗА се планират дейности по деинституционализация на децата, отглеждани в ДМСГД, в съответствие и във връзка с дефинираните в дългосрочен план (до 2025 г.) приоритети и подходи в актуализираните стратегически документи в тази област и в изпълнение на заложените цели и задачи. В помощ на реализирането на процеса са разработени методични и образователни материали, базирани на установени в резултат на проведено комплексно проучване мерки за съдържателна деинституционализация на децата в ДМСГД. Разработена е програма и през 2018 и 2019 г. в партньорство с МЗ, е проведено продължаващо обучение за повишаване квалификацията на медицински и немедицински специалисти от ДМСГД в страната и ЦКОДУХЗ, за извършване на оценки и анализи в помощ на подготовката и реализирането на деинституционализацията на децата от ДМСГД с активното и мотивирано участие на персонала, както и за превенция на последваща институционализация на децата в новите услуги. Обхванати са 10 ДМСГД. Крайната цел и очакван резултат е преустановяване на институционалната грижа за деца под 3-годишна възраст.

НЦОЗА взе участие и в реализирането на пилотни проекти за създаване и адаптиране на услуги за патронажна грижа за бременни жени, деца до 3-годишна възраст и техните семейства. Връзката на тези проекти, реализирани с партньорството на МЗ и участието на други звена от системата на здравеопазване с експертност в областта (НЦОЗА, ОПЛ,

педиатри, звена за АГ помощ и др.), са заложените цели и дейности за подобряване на здравното обслужване на таргетните групи (бременни жени, родилки, деца до 3-годишна възраст и техните семейства, особено от уязвими групи -живеещи в малки населени места, в бедност, от ромска общност). Въвеждането на услугата за патронажни грижи за бременни жени и деца до 3 г. е предвидено в НППМДЗ и в Актуализирания план за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за deinституционализация“.

С цел подобряване на качеството на пренаталната диагностика и неонаталните грижи, Министерство на здравеопазването разработи проект № 4 „Подобрено качество на пренаталната диагностика и неонаталните грижи“. Проектът беше одобрен и се реализира по Програма БГ 07 „Инициативи за обществено здраве“, чрез финансиране по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2009–2014 и Норвежкия финансов механизъм 2009-2014. Чрез проекта бяха закупени 436 високотехнологични апарати за пренатална диагностика за нуждите на 33 лечебни заведения от всички 28 области на страната и бяха модернизирани отделенията по „Неонатология“. В рамките на проекта беше проведено и обучение на медицинските специалисти за работа с новата апаратура.

4.2. Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия

Основна цел на Националния план за готовност за пандемия е създаването на адекватна организация за своевременно предприемане на необходимите действия за:

- ограничаване на заболяемостта и намаляване на смъртността от пандемичен грип;
- осигуряване на оптимални възможности за лечение на заболелите;
- поддържане на функционирането на основни за обществения живот сектори и служби, като здравеопазване, сигурност, транспорт и др.;
- осигуряване на постоянна, достоверна и актуална информация за обществото относно хода на пандемията и предприетите мерки.

4.3. Национална програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезонния грип 2019-2022 г.

Целта на Програмата е да се намали заболяемостта, усложненията и смъртността от сезонен грип чрез повишаване на имунизационния обхват при възрастни на и над 65 г. възраст, както и да се повиши информираността на населението за риска от грип и свързаните с него усложнения и начините за предпазване.

Основните дейности на програмата са насочени към осигуряване с публични средства на ваксини срещу сезонен грип за обхващане на лица от целевата група, разработване на механизми за изпълнение на имунизацията и отчет, повишаване нивото на информираност на

населението за значимостта на заболяването и възможностите за профилактика чрез имунизация.

4.4. Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017 г. – 2020 г.

Основните дейности на Националната програма са насочени към продължаване на широката информационна кампания за значимостта на рак на маточната шийка и възможностите за първична профилактика чрез имунизация, заплатена с публични средства, чрез идентифициране, консултиране и обхващане с имунизацията срещу човешки папилома вирус на момичета между 10 и 13-годишна възраст.

Данните за 2018 г. показват, че заболяемостта от рак на маточната шийка за България е 28.7 на 100 000 жени, при средна за Европа - 13.4 на 100 000 жени.

Пътят за намаляване както на заболяемостта, така и на смъртността от рак на маточната шийка, е профилактиката. Профилактичните ваксини срещу рак на маточната шийка притежават над 90% ефикасност.

По тази причина се предвижда Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка да бъде продължена и в периода 2021 - 2024 г.

4.5. Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в България 2017-2021 г.

Основните цели на Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити (РГЕ) в Република България 2017-2021 г. са:

1. Чрез специфична профилактика на деца от 6 седмична възраст да се постигне намаляване на общата заболяемост от РГЕ, включително и на тежките му форми, налагащи хоспитализация.
2. Намаляване като цяло на броя на остър гастроентерит в страната чрез създаване на колективен имунитет.
3. Намаляване броя на амбулаторни прегледи и на хоспитализациите във връзка с РГЕ.

4.6. Национална програма за елиминация на морбили и рубеола 2019-2022 г.

Основните дейности на програмата са насочени към намаляване възприемчивостта на население към морбилиния и рубеолен вирус, осигуряване на допълнителна възможност за имунизация на групи с повишен рисък от заразяване чрез целеви ваксинални кампании, укрепване на системата за надзор на морбили и рубеола и постигане на показателите на Световната здравна организация за ефективност на надзора, подобряване на достъпността и

качеството на информацията по отношение на заболяванията, ползата и риска от имунизацията срещу морбили и рубеола.

4.7. Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ

Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции (СПИ) в Република България 2021-2025 г. надгражда резултатите, постигнати при изпълнението на трите поредни национални програми (2001-2007 г., 2008- 2015 г., 2017-2020 г.), които бяха подкрепени от Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, доразвива започнатите политики чрез своята многокомпонентна система, фокусирана върху превенцията на ХИВ и СПИ, политиката на изследване за ХИВ и СПИ, осигуряване на качествено проследяване, лечение и грижи и подкрепа за хората, живеещи с ХИВ, укрепване на епидемиологичния надзор и създаването на подкрепяща среда за устойчивост на националния отговор на ХИВ и СПИ.

В периода 2004-2017 г. Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, изпълнявана от Министерство на здравеопазването се реализира на територията на 21 общини –областни центрове в страната. С активното участие на партньорите на регионално ниво –община, регионална здравна инспекция, неправителствени организации, училища и местни структури се постигна запазване на ниското ниво на разпространение на ХИВ в страната.

През този период са склучени рамкови споразумения за сътрудничество с общини, в Благоевград, Бургас, Варна, Видин, Враца, Велико Търново, Габрово, Добрич, Кюстендил, Ловеч, Пазарджик, Перник, Плевен, Пловдив, Русе, Сливен, Стара Загора, Столична община, Шумен, Хасково и Ямбол.

В 10 от най-големите общини са разкрити Местни координационни офиси по СПИН, които по-късно бяха надградени в Местни обществени комитети (МОК - Благоевград, Бургас, Варна, Видин, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Русе, София и Стара Загора), в чийто състав е включен широк кръг от институции, общинска администрация, неправителствени организации, и които определят стратегическото планиране за провеждане на общинска политика за превенция и контрол на ХИВ/СПИН на местно ниво.

Местният обществен комитет (МОК) е експертен орган за координация на дейностите по превенция и контрол на ХИВ/СПИН на местно ниво. МОК се ръководи от председател, който е на ръководна позиция в общината (заместник-кмет по здравеопазване/социални дейности/хуманитарни дейности) и се определя от кмета. Местния обществен комитет подпомага разработването на основните насоки и приоритети на общинската политика за превенция на ХИВ/СПИН, подпомага разработването на ежегодните програми за превенция

на ХИВ/СПИН, осъществявани от общината, подпомага координацията по изпълнението на дейностите по Националната програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН на територията на общината. МОК е колективен орган, в който участват всички заинтересовани страни –местни институции и организации, ангажирани по проблема като част от Националната програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН.

От изключителна важност за запазване на постигнатите резултати в борбата с ХИВ/СПИН е да продължат да функционират създадените комитети, което е заложено и в дейностите на Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ в периода 2021-2025 г.

Основната цел при създаването на този орган е да се обединят усилията на всички институции, организации и структури на гражданското общество, имащи ангажимент, касателство или въздействие върху тях на проблема ХИВ/СПИН и/или ангажирани, по силата на своята функционална характеристика, с групи от населението във висок риск от заразяване с ХИВ, породен от рисково поведение или социокултурни специфики на живот. По този начин се създава и институционализира партньорска мрежа за работа по проблемите на ХИВ/СПИН. Тази партньорска мрежа се ангажира с:

- създаване на местни политики;
- координация на изпълнението на местни и национални политики и програми;
- превенция на разпространението на рискови по отношение на ХИВ/СПИН поведения;
- наблюдение и анализ на рисковите фактори и на разпространението на инфекцията;
- мониторинг и контрол на ХИВ/СПИН и на изпълнението на дейности;
- застъпничество за осигуряване на устойчивост на ангажимента на обществото към проблема ХИВ/СПИН.

Основните приоритети на трите Национални програми са разширяване на обхвата на услугите по анонимно, доброволно консултиране и изследване за ХИВ, запазване на обхвата на превенцията и недопускане на епидемия от ХИВ сред общото население и групите в най-висок рисък: лица, инжекционно употребляващи наркотици (ИУН); мъже, които правят секс с мъже (МСМ); маргинализирани етнически общности в рисък; лица, лишени от свобода; лица, предлагачи сексуални услуги, и техните клиенти; лица, търсещи и получили международна закрила, мигранти и мобилно население; млади хора, деца и млади хора в рисък; хора, живеещи с ХИВ, и техните партньори и близки.

Със средства на Министерство на здравеопазването се осигурява безопасността на всяка единица дарена кръв; бесплатно изследване за ХИВ; бесплатно антиретровирусно лечение и мониторинг на терапията за хората, живеещи с ХИВ (ХЖХИВ); бесплатна антиретровирусна профилактика за недопускане предаване на вируса от майка на дете; бесплатна постекспозиционна профилактика за медицински персонал.

Повишава се превенцията и осведомеността на широката общественост чрез провеждане на информационни ежегодни 4 Национални АНТИСПИН кампании, реализирани във всеки един от 28-те областни административни центрове на България.

Съществуването и участието на мрежа от НПО, работещи на терен с рисковите групи на Програмата, е важна предпоставка за извършване на дейности в тези групи. В периода 2016-2020 г., в рамките на Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, бяха подкрепени екипите на НПО, съставени от професионалисти (медицински консултанти, психолози, социални работници) и представители на общността (сътрудници на терен, стажанти и доброволци, преминали обучение в лидерски групи), за целенасочена работа сред целевата група.

Основен принцип в работата на НПО сред рисковите групи е, че изследванията се провеждат при спазване на принципите на доброволност, конфиденциалност и изразяване на информирано съгласие.

Министерство на здравеопазването продължава финансирането на неправителствените организации за осъществяване на дейности за превенция на ХИВ сред рисковите групи.

За изпълнение на дейности по превенция на ХИВ и сексуално предавани инфекции сред целевите групи на Националната програма въз основа на проведена процедура съгласно Закона за обществените поръчки са сключени договори с неправителствени организации за изпълнение на нископрагови превантивни услуги.

Таблица 10: Постигнати резултати от дейности сред рискови групи по Национална програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН (2016-2020 г.)

Постигнати резултати от дейности сред рискови групи по Национална програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН (2016-2020 г.)					
	2016	2017	2018	2019	2020
Общ брой достигнати индивидуални клиенти с нископрагови услуги	25024	8863	2161	6194	1996
Общ брой получени изследвания за ХИВ от представители на рисковите Групи	354940	3525	813	3185	3300
Общ брой получени изследвания за сифилис от представители на рискови групи		1760		1025	1318
Общ брой получени изследвания за Хепатит С от представители на рисковите групи				2332	1504
Брой индивидуални клиенти получили услугата "водене на случай"				84	134
Брой раздадени презервативи	1127609	51013	25 041	77 298	58375

4.8. Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 г.

Националната програма е широко обхватна превантивна програма и съдържа мерки за провеждане на политики за превенция и контрол на туберкулозата и резистентната туберкулоза в България.

В България диагностиката, лечението и профилактиката на туберкулозата са бесплатни, независимо от здравноосигурителния статус на гражданите. Ежегодно Министерството на здравеопазването осигурява както финансов ресурс за противотуберкулозни лекарства от първи ред, лекарства за химиопрофилактика, ваксини, диагностикуми и консумативи за лабораториите, така и финансиране на болниците за лечение на туберкулоза.

В дейностите по изпълнение на националната програма активно участват специализираните лечебни заведения, регионалните здравни инспекции и неправителствените организации, работещи с уязвимите групи. Осигурява се успешно лечение и контрол на туберкулозата, както и на мултирезистентната и екстензивнорезистентната туберкулоза. Министерство на здравеопазването осигурява лекарствени продукти от първи ред за всички пациенти с туберкулоза, независимо от техния здравноосигурителен статус.

В 29 лечебни заведения по туберкулоза се провеждат ежегодно „Седмица на отворените врати“. По време на проведените за периода 2017 г. – 2019 г. кампании броят на анкетираните за туберкулоза лица е 33 360. От тях 343 лица са диагностицирани с туберкулоза и са насочени за лечение, а 1 128 са обхванати с химиопрофилактика след открита латентна туберкулозна инфекция. През 2019 г. броят на анкетираните за туберкулоза лица 8 747, 103 лица са диагностицирани с туберкулоза и са насочени за лечение, а 238 са с открита латентна туберкулозна инфекция и са обхванати с химиопрофилактика.

Със средства на Националната програма се осигурява Изониазид за химиопрофилактика на туберкулозата. През годините е постигнат по-пълен обхват на контактните лица с изследване за туберкулоза и прилагане на химиопрофилактика в случаите на установена латентна туберкулозна инфекция.

В рамките на Програма „Укрепване на Националната програма по туберкулоза в България“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария бе създадена мрежа от 25 неправителствени организации, които по договор с Министерството на здравеопазването, да работят сред рисковите групи на територията на страната. Основните рискови групи са: лица, лишени от свобода; ромската общност; УИН хора с алкохолна зависимост; мигранти и търсещи убежище; улични деца и юноши. Основните дейности на екипите за разпространение включват: картографиране на терените,

мотивация на място и скрининг с анкета за туберкулозата; придружаване на съмнителните лица за допълнителни медицински тестове; мотивация за започване на лечение и насочване на клиентите към туберкулоза болници; подпомагане на лицата в продължителната фаза на лечение разпространение на информационни материали и обучение/консултиране по темата за профилактика и контрол на туберкулозата, предлагане на услугата „Водене на случай“.

Таблица 11: Индикатори

Индикатор	2016	2017	2018	2019	2020
Брой лица от уязвимите групи, анкетирани за риска от туберкулоза	33401	28 352	27 192	5 656	1 983
Общ брой придружени до ЛЗ лица	2207	3 487	3 410	943	41
Общ брой извършени медицински изследвания	7313	15 026	10 595	2 476	863

След изтичане действието на Програмите, финансиирани от Глобалния фонд, благодарение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата бяха сключени договори с неправителствени организации, предоставящи услуги за откриване на епидемиологично свързани случаи на туберкулоза и латентна туберкулозна инфекция сред групите в риск в райони от страната с по-висока от средната заболяемост от туберкулоза.

Предоставянето на ваучери за храна се препоръчва от Световната здравна организация като много добра практика за успешно провеждане на лечение на пациентите с туберкулоза и придръжането им към него. Намаляването на заболяемостта от туберкулоза и мултирезистентна туберкулоза в страната се дължи и на придръжане към продължителната терапия, като пациентите са мотивирани от допълнителното предоставяне на ваучери за храна. В изпълнение на дейности по Програма „Подобряване на устойчивостта на Националната програма по туберкулоза“ и Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата 2017-2020 г. ваучерите за храна се предоставят по утвърдена от министъра на здравеопазването процедура за пациенти с потвърдена диагноза MDR/XDR-TB по време на интензивната и продължителната фаза на лечението, пациенти с активна туберкулоза и латентна туберкулозна инфекция от рискови групи и деца с активна и латентна туберкулоза от рискови групи по време на интензивната и продължителната фаза на лечението.

4.9. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ)

Националната програма за превенция на хронични незаразни болести стартира през 2014 г. Основната цел е да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемостта и инвалидизацията. Насочена към превенция и контрол на сърдечно-съдовите заболявания,

злокачествените новообразования, хроничните белодробни болести, диабета чрез: редуциране на нивото на рисковите фактори: **тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, подобряване на храненето и увеличаване на физическата активност** и ранна диагностика на основните ХНБ – **сърдечно-съдови заболявания, онкологични заболявания, диабет, хронични белодробни болести.** Включва дейности и инициативи, насочени към намаляване на факторите на риска, водещи до ХНБ; ранно откриване на водещите ХНБ; мониторинг и оценка.

В рамките на Програмата е включен скрининг за рак на гърдата, рак на маточната шийка и рак на дебелото и правото черво за здравноосигурени лица.

Всяка година по трите вида онкологични заболявания се изпращат общо 6 000 бр. покани по 2 000 бр. за всяка една от локализациите. През 2016-2017 г. са извършени прегледи и изследвания на:

- 17,35% за 2016 г. и 13,40% за 2017 г. от поканените за скрининг за рак на дебелото и правото черво;
- 34,35 % за 2016 г. и 13,35 % за 2017 г. от поканените за рак на шийката на матката;
- 21,6 % за 2016 г. и 20, 35% за 2017 г. от поканените за рак на млечна жлеза,

По данни на националната здравноосигурителна каса всяка година броя на хората, които преминават задължителен профилактичен преглед при личния си лекар, намалява. През 2016 г. около 37% от осигурените над 18 години са се обърнали към общопрактикуващия си лекар за профилактичен преглед. През 2015 г. на такъв преглед при ОПЛ са отишли 39% от хората.

Според данни на НАП към 31.12.2016 г. здравно неосигурените лица са общо 18,8% от структурата на лицата, водени като задължително здравно осигурени, или в абсолютна стойност те представляват 1 392 000 души, или са със 73 980 души повече, което представлява увеличение от 5,6% в сравнение със същия отчетен период на 2015 г. Също така съгласно информация от НАП поне половината от хората, които са здравноосигурени, основно са в чужбина, а реално живеещите в България хора без здравни вноски са между 400 000 и 550 000 души.

По време реализирането на тази дейност бяха анализирани проблеми, свързани с високата мобилност на населението и невъзможността за информиране за осъществяване на бесплатни прегледи.

В тази връзка бе предложено на Ръководството на министерството нов метод на изпълнение на дейностите, които то одобри, а именно:

- да бъдат избрани целево две области от територията на страната (с най- висока заболяемост от онкологични заболявания на 100 000 население за 2015 г. - Стара Загора и

Русе) за създаване на работещ модел за извършване на скрининги прегледи за рак на маточната шийка, рак на млечната жлеза и рак на дебелото черво, съгласно работната програма на НПХНБ 2014-2020 г.;

- РЗИ да определи лечебното заведение на територията на областта, което извършва диагностика и лечение на онкологичните заболявания за провеждане на профилактичните прегледи за съответните онкологични заболявания;

- За извършване на скрининг за рак на гърдата и рак на дебелото черво като целевата група да бъдат определени лица с фамилна обремененост, поради повишен риск от появата на тези заболявания;

- За извършване на скрининг за рак на маточната шийка целевата група да бъдат: по възрастов критерии лица от 40-50 г. (по данни на онкологичния регистър за 2015 г. в най-висок процент - 17,3% се среща във възраст от 30-44 г. и 11,32% се среща във възраст от 45-59 г., по Наредба 8 за профилактичните прегледи са предвидени профилактични прегледи във възрастова група от 30-40 г.) и/или са преминали профилактичен преглед по Програмата за рак на гърдата и рак на дебелото черво;

- Кординаторите по Програмата в Регионалните здравни инспекции (РЗИ) да участват активно в организацията по провеждане на профилактичните изследвания;

- Специалистите извършват подбор на пациентите от целевата група по определените критерии;

- След извършения преглед и изследване, специалистът попълва формата за преглед и изследване (изготвена в електронна форма) със отразен съответен резултат в 3 екземпляра и предоставя 1 екземпляр на пациента, 1 екземпляр на координатора на Програмата в РЗИ и 1 екземпляр на ОПЛ;

- Координатора на Програмата в РЗИ обобщава данните от проведения скрининг и ги предоставя на МЗ за анализ;

- Преди началото на прегледите да се проведе медийна кампания за ползите от провеждане на профилактичните прегледи за онкологични заболявания, в която да вземат участие национален консултант по онкология и републикански консултанти по онкология за съответната област;

- цените на прегледите и изследванията за онкологичните заболявания според Националния рамков договор 2018 г. са: на преглед при специалист - 21,00 лв., ехография на млечна жлеза - 13,36 лв., мамография - 18,35 лв., цитонамазка - 8,90 лв., тест за окултни кръвоизливи - 2,30 лв.

- целеви стойности - достигане и извършване на прегледи на 1300 лица за всяко онкологично заболяване.

В периода 2018-2020 г. скрининга на горепосочените заболявания се организира по нов модел. От представените отчети е видно, че при тази организация на провеждане на профилактичните дейности за хронични незаразни болести е достигната ефективност над 90% за всяка една от избраните области, като за сравнение за 2016-2017 г. по Програмата ефективността от стринговата дейност е 20, 07 % от общо 6000 лица. Поради въведената извънредна епидемиологична ситуация от пандемията от Covid-19, прегледите, планирани за 2020 г. са проведени през 2021 г.

5. Национална стратегия на Р България за интегриране на ромите (2012 – 2020 г.)

Политиката на Министерство на здравеопазването е насочена към създаване на по-добри условия и осигуряване на равен достъп на всички граждани на България до здравни услуги, независимо от техния пол, възраст, етническа и социална принадлежност. Особено внимание се обръща на подобряване на здравното обслужване на групите в неравностойно положение.

Министерство на здравеопазването изпълнява дейности по Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства 2005 – 2015 г. и План за действие към нея, приет на 08.09.2005 г. На 01.08.2011 г. е приет и План за действие за периода 2011-2015 г. към Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства 2005 – 2015 г., а през 2012 г е приета Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012 – 2020 г.)

Във връзка с изпълнението на Здравната стратегия на Министерство на здравеопазването са предоставени 21 мобилни медицински кабинети в рамките на три последователни проекти по Програма PHARE за периода 2003-2006 г., както следва: 4 кабинета за общи профилактични прегледи, 2 флуорографа, 2 мамографа, 3 кабинета за ехографски прегледи, 3 кабинета за лабораторни изследвания, 3 кабинета за педиатрични прегледи и 4 кабинета за гинекологични прегледи. Мобилните кабинети са собственост на Министерство на здравеопазването и за тях са приложими разпоредбите на Закона за държавната собственост и Правилника за неговото приложение.

Министерство на здравеопазването отделя ежегодно средства за провеждане на профилактични прегледи и изследвания в населени места и квартали, в които живеят здравно неосигурени български граждани от ромски произход, като използва получените по Програма PHARE 23 мобилни кабинети.

Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства е интегрална част от Националната здравна стратегия, насочена към осигуряването на по-добро здраве на българското население. Тя цели постигането на по-високо ниво на здраве на българските граждани в неравностойно положение, принадлежащи

към етнически малцинства и преустановяване на част от негативните тенденции в здравето на нацията.

Дейностите и приоритетите, заложени в Здравната стратегия са включени в раздел „Здравеопазване“ на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (НСРБИБ) 2012-2020 г. и Плана за действие към нея.

Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020) и План за действие за изпълнение на Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020) са приети с Решение № 1 от 05.01.2012 г. на Министерски съвет на Република България, като на 01.03.2012 г. е приета и от Народното събрание на Република България.

Ежегодно със заповед на министъра на здравеопазването 23-те мобилни кабинети се предоставят на Регионални здравни инспекции в различни области на страната, а те от своя страна чрез сключване на договор ги предоставят на лечебно заведение, което да осъществи профилактични прегледи и изследвания в райони с концентрирано ромско население.

Разпределението се извършва на база на опита и извършените дейности от РЗИ през предходните години; подадени мотивирани становища от РЗИ за необходимостта от провеждане на кампании, медицински прегледи и изследвания посредством мобилни единици – кабинети и лаборатории; статистически проучвания на районите с концентрирано ромско население.

6. Дейност на регионалните здравни инспекции

6.1. Дейност на регионалните здравни инспекции при прилагане на здравните политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции

Регионалните здравни инспекции (РЗИ) са 28 на брой (по една във всяка област на страната) и са второстепенен разпоредител към Министерство на здравеопазването. РЗИ осъществяват държавната здравна политика на територията на областите в страната.

РЗИ осъществява, налага и контролира провеждането на територията на областта държавната здравна политика, чрез своите информационни, консултивативни и координационни функции. Провежданата от РЗИ политика е насочена към:

- Промоция на здравето и профилактика на болестите, чрез организиране и координиране изпълнението на регионално ниво на национални и регионални здравни програми
- Развитие на адекватна здравна мрежа, отговаряща на потребностите на населението на областта от здравни грижи.

- Ангажиране и сътрудничество на здравните власти с всички институции, местната власт и широката общественост за разрешаване на специфичните проблеми на здравеопазването в областта.
- Осигуряване на достъпна, своевременна, достатъчна и качествена здравна помощ, като основен приоритет в контролната дейност на РЗИ е гарантиране правата на пациентите.
- Реализиране на дейности по национални програми за намаляване заболеваемостта и смъртността от хронични неинфекциозни заболявания, свързани с факторите на риска в поведението и в околната среда;
- Промоция на здравето, чрез повишаване на информираността на населението на столицата относно рисковите фактори и изграждане на здравословен стил на живот;
- Анализ на демографските и здравни показатели и търсене на връзка с факторите на жизнената среда
- Разработване и провеждане на здравно -промотивни мероприятия и ангажиране на обществеността, НПО, областните и общинските ръководства при реализирането им.

Липсата на достатъчен финансов ресурс води до малък брой оперативни служители в РЗИ, поради ниското заплащане. Поради високата отговорност на работа и неравностойното заплащане в системата в сравнение с лечебния сектор се наблюдава напускане на висши медицински кадри със специалност от РЗИ. За оптимизиране на нормативно установените контролни функции и за повишаване на административния капацитет, с оглед засилване на ефективността на контрола в здравната система, е необходимо да се приложат механизма достойно и адекватно на натовареността и отговорността заплащане на специалистите работещи в РЗИ.

6.2. Дейности, изпълнени от РЗИ в областта на превенцията на ХИВ и СПИ

През 2003 г. по Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малярия, чийто Главен получател е Министерство на здравеопазването са разкрити Кабинети за анонимно и бесплатно консултиране и изследване за СПИН /КАБКИС/ при РЗИ. Основната цел на анонимното и бесплатно консултиране и изследване за СПИН е да бъде сведено до минимум късното диагностициране на ХИВ и негативните последици от това: да започне късно лечението, което би довело до увеличаване на смъртността, продължаване на предаването на инфекцията на партньорите и риск за медицинския персонал. Изследването и консултирането в КАБКИС се извършва в стационарни кабинети, в мобилни медицински кабинети и работа на терен (например в места за лишаване от свобода, социални домове, училища и др.).

С цел оптимизиране получаването на резултатите веднага на място в кабинетите или при кампании, е въведена практика да се работи с бързи тестове за установяване на заразеност с ХИВ.

Възможността всеки да може да се изследва за ХИВ и да провери своя ХИВ статус намалява стигмата и дискриминацията, свързани с това заболяване.

Представянето на нископрагови услуги по доброволно консултиране и изследване за ХИВ/ СПИН е в съответствие с изискванията, посочени в „Ръководство за работа на кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН”, одобрено със Заповед № РД 29-41/19.01.2012 г. от Министъра на здравеопазването. Услугите се предоставят при спазване на стандарта за качествено пред- и след- тестово консултиране на всеки клиент. То включва обсъждане на личния рисков профил, оценка на персоналния риск и подпомагане на превантивно поведение. Превантивното консултиране за ХИВ има съществен ефект за намаляване разпространението на полово предаваните болести чрез ограничаване на рисковото поведение. Оказвайки емоционална подкрепа, консултантът в КАБКИС дава възможност на клиента да се справи със стреса и да вземе лични решения по отношение на ХИВ/СПИН.

КАБКИС работят в мрежа с неправителствени организации, държавни, общински и други структури с цел ефективно достигане до целевите групи с услуги по ДКИ и други превантивни дейности.

РЗИ организират и участват в Национални и областни АНТИСПИН кампании (отбелязване на знаменателни дати като 14-ти февруари - Ден на влюбените, третата неделя на месец май – международен ден за съпричастност със засегнатите от ХИВ/СПИН, 1-ви Декември - Световен ден за борба със СПИН) за популяризиране на дейностите по доброволно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН и промоция на безрисково поведение сред уязвимите групи и общото население.

Също така консултантите от КАБКИС провеждат анкети за скрининг на риск от туберкулоза на клиенти в КАБКИС по преценка на консултанта.

Основните изисквания за служителите на РЗИ, които да изпълняват услуги по ДКИ в КАБКИС са лицето да е преминало базово обучение за предоставяне на качествени услуги по доброволно консултиране и изследване за ХИВ и да има един медицински лаборант. Основни изисквания са лицето да има придобито медицинско образование с образователна степен минимум „специалист” и да е преминало базово обучение за работа с бързи тестове.

6.3. Дейности, изпълнени от РЗИ в областта на превенцията на туберкулоза

Регионалните здравни инспекции вземат дейно участие в изпълнението на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата, съвместно с областните лечебни заведения по туберкулоза, като следят за:

- поставяне на БЦЖ ваксина, включена в имунизационния календар на страната
- обхващането на всички контактни лица на пациентите с туберкулоза
- издирване на лицата, прекъснали лечение и/или избягали от лечебното заведение.

РЗИ се включва активно в организирането и провеждането на всички информационни кампании.

6.4. Дейности на РЗИ за осигуряване достъпа до здравеопазване на лица от уязвими групи.

Ежегодно със заповед на министъра на здравеопазването 21 броя мобилни кабинети се предоставят на Регионални здравни инспекции в различни области на страната, а те от своя страна чрез сключване на договор ги предоставят на лечебно заведение, което да осъществи профилактични прегледи и изследвания в райони с концентрирано ромско население.

Разпределението се извършва на база на опита и извършените дейности от РЗИ през предходните години; подадени мотивирани становища от РЗИ за необходимостта от провеждане на кампании, медицински прегледи и изследвания посредством мобилни единици – кабинети и лаборатории; статистически проучвания на районите с концентрирано ромско население.

Провеждането на прегледите в определените региони са предшествани или съпътствани от лекции, беседи и кампании. Разискваните теми са в областта на контрацепцията, полово-предаваните инфекции, рака на гърдата, рака на маточната шийка, здравословното хранене, имунизациите, правата на пациента, социално-значими заболявания, околната среда и здраве, остеопороза и тютюнопушене. Повишаването на здравните знания до голяма степен се осъществява с помощта на информационни материали – брошури и листовки, в които в достъпна форма се обяснява съответният здравен проблем.

Организирането и провеждането на профилактични прегледи и изследвания на здравно неосигурени лица от ромски произход и на такива със затруднен достъп до лечебни заведения се извършва с помощта на здравните медиатори.

Дейностите извършени през периода 2016-2020 г. са както следва:

За 2016 г.:

- С педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 1 696 прегледа, като при 148 деца са диагностицирани заболявания, в областите: Монтана, Сливен и Варна;
- С мобилните кабинети обща практика са извършени общо 1470 прегледа. Извършени са общо 734 имунизации с мобилните кабинети обща практика на деца от 0-18 г. възраст с непълен имунизационен статус съобразно Националния имунизационен календар, в областите: Варна, Плевен, Софийска област и Хасково;
- С мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 299 прегледа, като при 364 жени са диагностицирани заболявания, в областите: Благоевград, Бургас, Варна и Сливен;
- С мобилните мамографски кабинети са извършени общо 1 033 прегледа, като при 768 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Пловдив и Стара Загора;
- С мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1 029 прегледа, като при 55 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Монтана и Плевен;
- С мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 583 прегледа, като при 393 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Благоевград, Бургас и Сливен;
- С клинична лаборатория са извършени общо 5 208 изследвания, в 240 от тях са констатирани отклонения от нормата, в областите: Кюстендил, Сливен и Хасково.

За 2017 г.:

- С педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 1 799 прегледа, като при 189 деца са диагностицирани заболявания, в областите Монтана, Сливен и Търговище;
- С мобилните кабинети обща практика са извършени общо 709 прегледа. Извършени са общо 517 имунизации с мобилните кабинети обща практика на деца от 0-18 г. възраст с непълен имунизационен статус съобразно Националния имунизационен календар, в областите: Бургас, Добрич, Софийска област и Хасково;
- С мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 054 прегледа, като при 859 жени са диагностицирани заболявания, в областите: Търговище Монтана Шумен и Стара Загора;
- С мобилните мамографски кабинети са извършени общо 1 018 прегледа, като при 618 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Стара Загора и Пловдив;
- С мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1 029 прегледа, като при 216 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Плевен и Разград;
- С мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 549 прегледа, като при 478 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Бургас, Враца и Пазарджик;
- С клинична лаборатория са извършени общо 5 750 изследвания, в 340 от тях са констатирани отклонения от нормата, в областите: Кюстендил, Варна и Силистра.

За 2018 г.:

- С педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 1 755 прегледа, като при 253 деца са диагностицирани заболявания, в областите Монтана, Сливен и Враца;
- С мобилните кабинети обща практика са извършени общо 892 прегледа. Извършени са общо 283 имунизации с мобилните кабинети обща практика на деца от 0-18 г. възраст с непълен имунизационен статус съобразно Националния имунизационен календар, в областите: Силистра, Софийска област, Сливен и Разград;
- С мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 389 прегледа, като при 485 жени са диагностицирани заболявания, в областите: Благоевград, Бургас, Сливен и Пазарджик;
- С мобилните мамографски кабинети са извършени общо 1 084 прегледа, като при 165 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Пазарджик и Сливен;
- С мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1 122 прегледа, като при 256 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Плевен и Сливен;
- С мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 698 прегледа, като при 597 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Благоевград, Бургас и Враца;
- С клинична лаборатория са извършени общо 5 750 изследвания, в 450 от тях са констатирани отклонения от нормата, в областите: Варна, Сливен и Хасково.

За 2019 г.:

- С педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 2 186 прегледа, като при 174 деца са диагностицирани заболявания, в областите: Сливен - 2 бр. кабинети и Търговище;
- С мобилните кабинети обща практика са извършени общо 890 прегледа. Извършени са общо 543 имунизации с мобилните кабинети обща практика на деца от 0-18 г. възраст с непълен имунизационен статус съобразно Националния имунизационен календар, в областите: Сливен, Враца, Пазарджик и Плевен;
- С мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 261 прегледа, като при 951 жени са диагностицирани заболявания, в областите: Варна, Силистра, Сливен и Шумен;
- С мобилните мамографски кабинети са извършени общо 1 008 прегледа, като при 198 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Кюстендил и Бургас;
- С мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1 361 прегледа, като при 256 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Сливен и Монтана;
- С мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 772 прегледа, като при 660 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Стара Загора, Софийска област и Ямбол;
- С клинична лаборатория са извършени общо 5 780 изследвания, в 975 от тях са констатирани отклонения от нормата, в областите: Добрич, Стара Загора и Разград.

За 2020 г.:

- С педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 1637 прегледа, като при 150 деца са диагностицирани заболявания, в областите: Сливен, Перник и Монтана;
- С мобилните кабинети обща практика са извършени общо 750 прегледа. Извършени са общо 541 имунизации с мобилните кабинети обща практика на деца от 0-18 г. възраст с непълен имунизационен статус съобразно Националния имунизационен календар, в областите: Варна, Софийска област, Сливен и Плевен;
- С мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 145, прегледа, като при 648 жени са диагностицирани заболявания, в областите: Враца, Пазарджик, Стара Загора и Сливен;
- С мобилните мамографски кабинети са извършени общо 500 прегледа, като при 90 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Бургас и Силистра. В област Силистра не са извършени прегледи поради усложнената ситуация от Ковид-19;
- С мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1468 прегледа, като при 182 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Сливен и Стара Загора;
- С мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 557 прегледа, като при 660 лица са диагностицирани заболявания, в областите: Добрич, Монтана и Шумен;
- С клинична лаборатория са извършени общо 6 270 изследвания, в 975 от тях са констатирани отклонения от нормата, в областите: Добрич, Стара Загора и Разград.

Могат да се отбележат някои срещнати предизвикателства и трудности относно незадоволителния обхват на профилактичните прегледи сред ромската общност в резултат на:

- нередовни здравни осигуровки;
- липса на избор на семеен лекар;
- ниска грамотност и липса на здравна култура.
- липса на здравни медиатори за работа сред ромската общност;
- незадоволителни нагласи сред ромската общност за интегриране към общо профилактичните дейности за по-добро здраве.

Сериозен проблем представлява здравната неосигуреност сред ромското население, което ограничава достъпа до медицинска помощ. Разглеждайки здравните проблеми по възрастови групи, като основен извод може да се изведе, че ранната профилактика и откриването на заболяванията отсъства в разбиранятията на целевата група за здравословен начин на живот. В много части на ромската общност, здравето не се възприема като главен приоритет. Материалните придобивки (жилището, парите или работата) са приоритет преди здравето, защото в бита на общността в повечето случаи те отсъстват.

Голям процент от ромите считат за здраве отсъствието на болест. Здравето се превръща в грижа само при наличието на симптоми и възпрепятстващи последствия поради това

понятието за превенция и профилактика на здравословното състояние почти напълно отсъства.

На основание чл. 14 от Закона за устройството на държавния бюджет, Министерството на здравеопазването разработва предложения за натурални показатели и ги предоставя на Министерство на финансите за финансиране на делегираните от държавата дейности, чрез общинските бюджети.

Избора на здравния медиатор се извършва от комисия в чиито състав са включени представители на регионални структури в сферата на областните, общинските администрации, здравните и социалните институции. Това се налага от една страна здравния медиатор да бъде позната фигура в обществените отношения с цел създаване на устойчиви партньорства между общности в неравностойно положение и местни и национални институции. От друга страна включването на по-широк кръг от представители в изборната комисия възпрепятства избора на неподходящи кандидати, както и гарантиране на прозрачност и публичност на избора за позицията здравен медиатор.

Експерти на РЗИ участват в комисията за избор на здравен медиатор за общинските администрации. От опита от изминалите години показва, че трудностите, свързани с утвърждаване на политиката за здравен медиатор са неразбиране на общинско ниво на дейността, насочена към подобряване достъпа на здравеопазване на лица с най-висока степен на здравна уязвимост. През годините в МЗ са постъпвали официални жалби относно неправомерно назначаване и освобождаване на здравни медиатори. От страна на министерството са предприети действия за изискване на становища от съответната община и при установени нарушения се предприемат съответните действия за реалокация на определения брой здравни медиатори към други общини. Предпоставка за тези нарушения е начина и размера на финансиране. Финансовият стандарт за 2016 г. е определен на 6 980 лева годишно за един здравен медиатор, а за 2021 г. – 11 810 лв. МЗ е предприело действия съвместно с НМЗМ да изготви регистър на сертифицираните здравни медиатори в страната, които при сигнал/жалба за нарушение се проверява. МЗ няма правомощия над действието на общинските кметове и те не могат да бъдат санкционирани, освен да бъде преместена бройката от една община в друга и съответно по този начин да бъдат пренасочени и финансовите средства.

Друг аспект в координация дейността с общините е навременното изпращане на отчетите на здравните медиатори в МЗ, чието обобщаване е част от докладването на данни на страната в различни международни и национални стратегически документи. Процедурата по предоставяне на отчетите в разписана в чл. 9 на Наредба 1. Независимо от това се налага да бъдат изпращани официални писма от ръководството на МЗ до общините с цел изпълнение на разпоредбите. Необходимо е да бъдат предприети мерки по навременно

получаване на информацията, като бъде създадена позицията „областен здравен медиатор“. За целта е необходимо да бъде осигурено и финансово обезпечаване на позицията.

7. Дейност на общините, включително подпомагани от здравните медиатори, при прилагане на здравните политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции

В изпълнение на проект № BGGLD-1.006-0001 „Здравеопазване за всички“ по Програма „Местно развитие, намаляване на бедността и подобрено включване на уязвимите групи“, финансирана от Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2014 – 2021 г. бе направена оценка на изпълнението на националните здравни политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции чрез изпратен въпросник до всички общини в страната (275) в периода 11.03.2022 – 30.03.2022 г. Оценката на въпросниците е направена във връзка с поставената основна цел пред проект „Здравеопазване за всички“, а именно анализ на взаимодействието между Министерството на здравеопазването и общините при прилагането на здравните политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции на местно ниво.

Принципно цялостната дейност на здравните медиатори е част от политиката на Министерство на здравеопазването за промоция на здраве и профилактика на болестите сред най-уязвими групи от населението .

Здравният медиатор е част от общинската администрация, откъдето произтичат неговите административни права и задължения, необходимостта от планиране на дейността му, изготвяне на отчети и координация с общинската администрация.

Дейността на общините по провеждане на политики в областта на здравната профилактика сред населението може да се подпомага от юридически лица с нестопанска цел с доказан опит и утвърдени практики в съответната област. За ограничаване на разпространението на заразни и социалнозначими заболявания сред населението, както и за подпомагане осъществяването на други дейности в областта на здравната профилактика, е възможно общинските администрации да бъдат подпомагани от гражданските организации, които могат да бъдат избириани по условията, реда и критерии, посочени в наредбата. Важно условие за провеждането на тази дейност е неправителствените организации да имат специфична компетентност, опит и партньорство с други организации в областта на здравната профилактика.

Съгласно разпоредбите на чл. 28 от Постановление № 374 от 2016 г. на Министерския съвет министърът на здравеопазването, чрез регионалните здравни инспекции определя, наблюдава и координира промените в натуралните показатели за броя на здравните

медиатори по общини в делегираните от държавата дейности по здравеопазване, финансиирани по стандарти.

В Закона за държавния бюджет на Република България (ЗДБРБ) за 2019 г. с чл. 50 са приети размерите на основните бюджетни взаимоотношения на общините с централния бюджет за 2020 г. и с чл. 51 са определени стойностите показатели на общините за делегираните от държавата дейности.

С Решение на Министерския съвет № 535 от 30.07.2020 г. за изменение и допълнение на РМС № 644 от 2019 г. са приети стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности с натурали и стойностни показатели. Средствата за здравните медиатори са отразени в раздел IV Функция „Здравеопазване”.

Средствата за заплатите на ЗМ се превеждат с делегиран бюджет от Министерство на финансите, по предложение на министъра на здравеопазването.

Решението за назначаване на здравен медиатор се взема от общината, но средствата за изпълнение се осигуряват от държавния бюджет чрез определените стандарти за държавно-делегирани дейности. Създадени са условия за повишаване на финансовия стандарт за заплати на ЗМ. Финансовият стандарт за 2016 г. е определен на 6 980 лева годишно за един здравен медиатор, а за 2018 г. – 9 193 лв. През 2020 г. финансовия стандарт е 10 925 за един здравен медиатор, съгласно Постановление № 176/31.07.2020 г. на Министерския съвет.

Фигура № 16: Разпределение на здравните медиатори в целевите общини през 2016 – 2020 г.



През 2020 г. е приета Наредба № 1/19.08.2020 г. за изискванията за дейността на здравните медиатори на министъра на здравеопазването на основание чл. 29 от Закона за здравето.

Регламентирани са изискванията към кандидатите за здравни медиатори, за да могат да изпълняват дейностите по съдействие на хора от различни уязвими групи – да имат завършено средно образование, да не са осъждани, да познават нормативните актове в системата на здравеопазването и закрилата на детето, да имат умения за работа с компютър, да владеят майчиния език на лицата от уязвимата група и да познават културата и проблемите на групата. Задължително изискване преди започване на работа на здравния медиатор е той да е преминал успешно обучение във висше училище по програма, утвърдена от министъра на здравеопазването. Изпълнението на това изискване гарантира в голяма степен качественото изпълнение на служебните задължения на здравния медиатор.

Основни дейностите, които извършват здравните медиатори:

- здравна просвета;

- насочване към здравни специалисти;

- осигуряват подкрепа и помощ на отделни лица и семейства за ориентиране в системата на здравеопазване и други системи например: социалните и образователни услуги;

- предоставят информация на семейства и общности по редица здравни въпроси като хранене, хигиена, грижи за новородени и малки деца, имунизации, семейно планиране, рискови фактори и превенция срещу инфекциозни заболявания, отравяния, домашно насилие и други;

- извършват посещения по домове за предоставяне на информация и оказване на помощ за достъп до здравни, социални и други услуги;

- провеждат мероприятия сред групи от населението, които не посещават здравни заведения за осигуряване на информация и профилактика на рискови заболявания като HIV/СПИН;

- събират данни от домакинствата и групи от населението, които не посещават здравни заведения за наблюдение на тяхното здравословно състояние съгласно здравните разпоредби.

Изготвянето на Указанията се оказа необходимо поради трудността на някои общини да определят задачите и дейностите на здравните медиатори в обстановката на епидемия от коронавирус. Тук следва да се отбележи и необходимостта от по-подробно запознаване на преките ръководители на здравните медиатори в общините с длъжностната характеристика на здравния медиатор и с дейностите, в които той би могъл да бъде включен, тъй като в редица общини здравните медиатори се използват за извършване на несвойствени дейности или не се използват ефективно и според квалификацията им.

В периода 2017-2019 г. Министерство на здравеопазването не е имало нормативно основание да изиска от общините отчети за изпълнените дейности от здравните медиатори. Координацията с общините основно се организира, чрез разписаните отговорности в Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г. С

писмо от заместник-министър на здравеопазването, чрез Националното сдружение на общините в Р България бяха изисквани отчети от всички целеви общини в които са назначени здравни медиатори. Формата на отчет, по която общинските администрации изпращаха в МЗ беше изпратена в края на 2016 г. с писмо на МЗ.

Необходимо е да се вземе предвид, че броя на здравни медиатори се увеличава всяка календарна година, както е видно в горепосочената графика „*Разпределение на здравните медиатори в целевите общини през 2016 г. - 2020 г.*“

Съгласно утвърдения в чл. 9, ал 1 от *Наредба № 1 от 19 август 2020 г. за изискванията за дейността на здравния медиатор* формуляр за отчет са обобщени дейности в шест основни направления:

1. Съдействие на общопрактикуващи лекари:

1.1. Планови имунизационни кампании сред деца – 14720 бр. за 2021 г., спрямо 9 157 за 2020 г. и сред възрастни – 3331 бр. за 2021 г., спрямо 1 595 лица за 2020 г.;

1.2. Профилактични прегледи сред деца – 14767 бр. за 2021 г., спрямо 5 760 за 2020 г. и сред възрастни – 7426 3 211 лица за 2020 г.;

2. *Съдействие на РЗИ:* планови имунизации и имунизационни кампании сред деца – 1554 бр. за 2021 г., спрямо 1268 и сред възрастни – 4159 бр. за 2021 г., спрямо 149 лица за 2020 г.;

3. Съдействие на лекари по дентална медицина:

3.1. Профилактични и/или лечебни дейности - общо 635 бр. за 2021 г., спрямо 465 бр. за 2020 г.;

3.2. Профилактични програми - общо 216 бр. за 2021 г., спрямо 3 825 бр. за 2020 г.

4. Подпомагане достъпа до медицинска помощ:

4.1. Консултация – 74046 бр. за 2021 г., спрямо 51 815 бр. за 2020 г.;

4.2. Попълване на документи – 8396 бр. за 2021 г., спрямо 7 698 бр. за 2020 г.;

4.3. Следване на процедури – 6441 бр. за 2021 г., спрямо 4 010 бр. за 2020 г.;

4.4. Съпровождане до здравни институции – 9417 бр. за 2021 г., спрямо 5 751 бр. за 2020 г.;

4.5. Възстановяване на здравноосигурителни права – 1495 бр. за 2021 г., спрямо 1 119 бр. за 2020 г.;

4.6. Патронаж – 16405 бр. за 2021 г., спрямо 12 156 бр. за 2020 г.;

5. Дейности по промоция на здраве: здравно - информационни кампании:

5.1. Превенция на инфекциозни заболявания, хигиена, хранене – 6644 бр. за 2021 г., спрямо 8 371 бр. за 2020 г.;

5.2. Семейно планиране, сексуално и репродуктивно здраве – 1589 бр. за 2021 г., спрямо 2 962 бр. за 2020 г.;

5.3. Брой разпространение на здравно-образователни материали – 84600 бр. за 2021 г., спрямо 890 бр. за 2020 г.;

5.4. Съвместна работа с РЗИ и др. институции, участие в обучения, семинари – 10552 7 943 бр. за 2020 г.

5. Дейности по решаване на комплексни казуси:

6.1 Консултации – 47363 38 995 бр. за 2020 г.;

6.2 Попълване на документи - 40605 31 876 бр. за 2020 г.;

6.3 Следване на процедури – 8370 3 873 бр. за 2020 г.;

6.4 Съпровождане до социални институции – 6462 5 047 бр. за 2020 г.;

6.5 Патронаж – 11408 8 852 бр. за 2020 г.

С цел овладяване пандемията от COVID-19 (април 2020 г.) Министерство на здравеопазването одобри Указания за дейността на здравните медиатори на терен за предотвратяване на заразяването с коронавирус, които бяха изпратени до общините.

Съгласно разпореждане на Министерство на здравеопазването здравните медиатори в редица общини бяха включени в дейността на общинските щабове за превенция на разпространението на коронавируса.

Здравните медиатори по време на обявеното извънредно положение поради опасността от заразяване с коронавирус подкрепиха не само семействата с най-висока степен на уязвимост в обособените ромски квартали, но и институциите. Те информираха, убеждаваха хората да останат по домовете си, да спазват противоепидемичните мерки, съдействаха на общината и здравните власти да тестват потенциалните заразени с вируса, извършваха патронаж на хора, поставени под карантина, организираха многобройни акции за снабдяване на най-уязвимите семейства със санитарни материали - салуни, дезинфектанти, маски, раздаване на храна по програма „Топъл обяд“ и др.

8. Основни заключения и предложения за подобряване на координация между централната и местната власт при постигане на здравните цели в областта на майчиното и детско здраве, превенцията на полово предаваните инфекции и здравната медиация

8.1. Анализ от въпросника за оценка на изпълнението на националните здравни политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции в общините

Работната група изготви Въпросник за оценка на изпълнението на националните здравни политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции в общините, който бе изпратен чрез Национално сдружение на общините в Република България (НСОРБ).

Попълнени въпросници бяха получени от 188 общини в страната, от общо 265, т.е. 71 %.

Целта, която си постави Работната група при изготвянето на въпросника е да оцени възможността на общините да прилагат здравните политики, съгласно броя на населението в тях. Предвид структурата и дейността на Регионалните здравни инспекции, която основно е в областните градове за това важно беше да се получи информация от всички общини в страната. В структурата на въпросника всяка община трябва да посочи в коя от трите групи попада (под 3 000; между 3 000 – 7 000 и над 7 000 души).

Отправната точка към националните здравни политики е припознаване на рисковите групи по националните програми, обект на Проекта „Здравеопазване за всички“.

Познаването за прилагането на здравните политики от общинските администрации е свързано с потребностите на населението, съобразно възрастовите различия. Следва да се отбележи, че в голяма степен в разглежданите здравните политики попадат лица, които са в под и в трудоспособна възраст. Отговорността на общинските администрации по решаване на здравните проблемите на населението е свързано с наличието на общинско финансиране, както и кой осъществява дейностите. Въпросите (4, 5, 6, 7, 8, 9 и 10) са насочени към прилагането на разписаните регулатии в Закона за здравето, че държавните и общинските органи разработват и провеждат политика, насочена към опазване здравето на гражданите чрез осигуряване на здравословна жизнена среда, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика.

За целта на анализа и формулиране на предложения за подобряване на изпълнението на здравните политики е важно да се посочат затрудненията (въпроси 11, 12 и 13) на общинските администрации в прилагането на посочените национални програми.

За Министерство на здравеопазването, като национална администрация е изключително важно запознаването с добрите практики и предложениета за подобряване на координацията между централната и местната власт (въпроси 14 и 15).

Отчитайки разликите в кадровия потенциал на общинските администрации във въпросника е заложено изискване да бъде посочено длъжността на лицето, което е отговорило на въпросите.

Анализ на предоставените отговори от общините

Методология за оценка на получените отговори от общини на въпросника за оценка на изпълнението на националните здравни политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции в общините

Цели на изследването:

Настоящото изследване е проведено от Министерство на здравеопазването в рамките на проект № BGGLD-1.006-0001 „Здравеопазване за всички“ по Програма „Местно развитие, намаляване на бедността и подобрено включване на уязвимите групи“, финансирана от Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2014 – 2021 г.

Основна цел:

Анализ на възможностите на общините да прилагат здравните политики в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции в общините.

Основни тематични области на проучване:

- Майчино и детско здраве;
- Превенция на ХИВ, сексуално предавани инфекции – гонорея, сифилис, урогенитална хламидийна инфекция, вирусни хепатити Б и С;
- Хронични незаразни болести.

Метод на изследване:

Общият обем на реализираната извадка на проучването са 188 общини, от които е получена информация.

Използваният в изследването метод за набиране на информацията е въпросник/анкета, изпратен до общинските администрации в страната. Въпросникът е подгответ от експерти от Министерство на здравеопазването и съдържа 15 въпроса. Средната продължителност за попълване на един въпросник е 20-30 минути.

Разпределението на извадката е на базата на специчните особености на общините, съобразно броя на населението в тях.

Въпросникът беше изпратен до общините чрез Национално сдружение на общините в Република България (НСОРБ).

Попълнени въпросници бяха получени от 188 общини в страната, от общо 265, т.е. 70,94%.

Модела на извадката:

1. Общини под 3 000
2. Общини между 3 000 – 7 000
3. Общини над 7 000

Населени места в изследването:

Въпрос № 1: Вашата община е с население

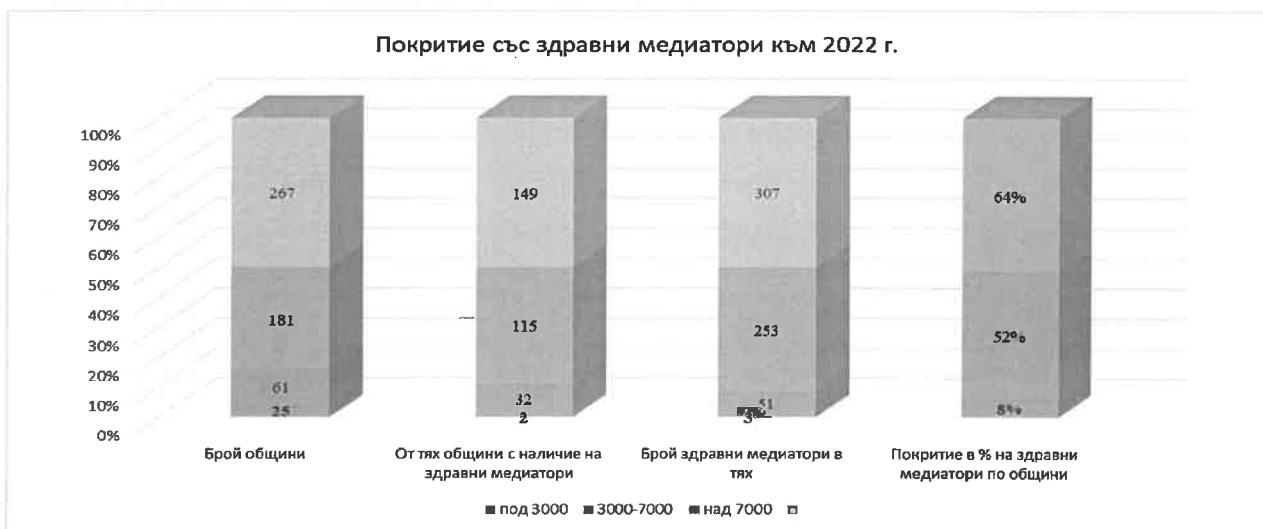
Таблица № 12

Брой на населението в общините	Общ брой общини в страната	Брой получени анкетни карти	Дял в процент от получените анкети
под 3 000	25	13	52%
между 3 000 – 7 000	60	51	85 %
над 7 000	180	124	69 %

Фигура 17



Фигура № 18



Въпрос № 2: Моля посочете видовете уязвими групи във Вашата община?

Във въпроса са изброени 9 уязвими групи, които попадат в обхвата на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве, Национална програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИ и Национална програма за превенция на хронични незаразни болести.

Всяка община може да посочи повече от една група.

В таблица № 4 са отразени отговорите на общини посочили само една уязвима група.

Фигура № 19



В общини под 3000 население най-уязвимата група са маргинализирани етнически общности в рисък – 30 % и 10% не са посочили отговор.

Същата група в населени места над 3000 представлява 19 % от всички изброени, а за общини над 7000 е 41 %.

Следващата група с най-висок процент уязвимост, посочени от общините са здравно неосигурените. В общини под 3 000 са 10 %, където процентът е относително нисък спрямо резултатите от другите общини. Населението в малките общини е над трудоспособна възраст, но е здравно осигурено. За общини с население от 3000-7000 здравно неосигурените са 71 %, а в общини над 7000 са 34 %.

На трето място по уязвимост е посочена групата на младите хора. За общини под 3 000 той е 20 %, а за тези над 3 000 е 5 %, което корелира с възрастовата структура на населението, а за общини над 7000 е 12 %.

Като други уязвими групи в общини над 7 000 са посочени възрастни хора в рисък от социално изключване, лица над 65 годишна възраст и самотно живеещи в селата, продължително безработни; лица без или с ниско образование; младежи от ромски произход, които нито се обучават, нито са заети, лица с ХИВ, млади майки, което представлява 5 % и 7 % не са посочили отговор.

За малките населени места също припознават „други“ уязвими групи, като една от тях е застаряващото население в нетрудоспособна възраст. За тези между 3 000 – 7 000 е 5 %, като не са посочени конкретни „други“ уязвими групи.

В таблица № 5 са отразени отговорите на общини, посочили повече от една уязвима група.

Фигура № 20



От общо 188 общини 116 са посочили повече от една уязвима група, като от тях под 3000 население - 3 %, за общините между 3 000-7 000 - 26 %, а за над 7 000 - 72 %. Преобладаваща група в отговорите на общините са здравно неосигурените, следвани от младите хора и маргинализираните общности.

Общините посочили повече от един отговор са избрали следните уязвими групи: бивши затворници, ИУН, лицата предлагащи платени сексуални услуги, МСМ и лица, търсещи и получили международна закрила, мигранти и мобилно население.

Въпрос № 3: Съобразно здравните потребности на населението във Вашата община, кои здравни програми са приложими (Моля посочете):

Анализът на данните показва, че за население под 3 000 приложимостта в областта на МДЗ и превенция на ХИВ и СПИ е по 8% за всяка от Програмите (по 1 община). За ХНБ – 15% (2 общини) и същият процент е посочен за други здравни програми. 6 от 13 общини работят в областта на МДЗ и ХНБ. Общините Ново село, Борован, Рила, Антон, Мирково и Чавдар по МДЗ и ХНБ. община Макреш не е посочила отговор.

В общини с население от 3 000 до 7 000 25 % (13) работят само по програма МДЗ, само по ХНБ са 12 % (6). 13 (25%) не са отговорили на въпроса.

С повече от една програма работят 19 общини (37%), от тях 7 работят по програма МДЗ и ХИВ, 7 работят по МДЗ и ХНБ, 5 работят и по 3 -те програми.

В общини с население над 7 000, 17 общини (14%) работят само по програма МДЗ, посочили отговор само ХНБ са 5 общини (4%), за превенция на ХИВ – 1 община (1%). 68 % работят по повече от една програма, 3 са посочили, че работят по МДЗ, ХИВ, ХНБ и други, 32 по МДЗ, ХИВ и ХНБ, 19 са по МДЗ и ХИВ. 25 по МДЗ и ХНБ, 3 по ХИВ и ХНБ, 4 са по МДЗ и други. Не са посочили отговор 17 общини (14 %).

Коментар: Повече от 58% (109 общини) от отговорилите общини, независимо от броя на населението в съответната община изпълняват дейности по повече от една от горепосочените програми.

16% (31 общини) изпълняват дейности по МДЗ. 7% (13 общини) изпълняват дейности по ХНБ, 1% само по ХИВ и 1% изпълняват дейности по други здравни програми.

Въпрос № 4: Осигуряване на общинско финансиране за осъществяване на дейности в областта на майчиното и детско здраве и превенцията на полово предаваните инфекции - %.

Фигура № 21



Между 8 % до 35% (52 бр.) от отговорилите осигуряват общинско финансиране. Между 63% и 92 % (134 бр.) не осигуряват такова и 2% (2 бр.) не са отговорили.

Въпрос № 5: В този въпрос се разглежда изпълнението от общините на отделните здравни политики и участниците на местно ниво.

Област: Майчино и детско здраве в общините

В областта на майчиното и детско здравеопазване от общините под 3000 население, само община Антон е отговорила, че осигурява дейности по изпълнение на националната политика в това направление.

В общини с население между **3000 и 7000** лица 2 от отговорилите общини посочват, че дейностите се изпълняват от общината, като в тези общини няма здравни медиатори. В други 2 общини (Летница и Ивайловград) дейностите се изпълняват от здравните медиатори. Общините Оряхово и Ценово са посочили повече от един изпълнител на дейностите. За община Оряхово са посочени здравен медиатор и РЗИ, а за община Ценово - здравен медиатор и община. Една община не е отговорила.

РЗИ, НПО и „Други“ не са посочени като изпълнители на дейности по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве.

Получили сме отговор от 27 общини от общините с население **над 7000** лица, като те посочват, че дейностите се изпълняват от повече от един изпълнител: 19 бр. посочват за изпълнители „община“ и „здравен медиатор“; 2 бр. - „община“ и „РЗИ“; 3 бр. - „община“ и „други“; 1 бр. - „здравен медиатор“ и „РЗИ“; 1 бр. - „здравен медиатор“ и „НПО“; 1 бр. - „здравен медиатор и „други“. Пет общини са посочили за изпълнител „община“, а други пет „здравните медиатори“, 1 е посочила НПО и 6 общини не са отговорили.

Коментар: В общини, в които има здравен медиатор той е разпознаваем и посочен за изпълнител на политиката в областта на майчиното и детско здраве.

Област: Превенция на ХИВ и СПИ:

В областта на превенция на ХИВ и СПИ общините **под 3000 население**, не са посочили изпълнител на програмите.

От отговорилите общини с население между **3000 и 7000** лица само общини Летница и Ивайловград посочват, че дейностите се изпълняват от здравни медиатори. Други 2 са посочили повече от един изпълнител. Община Белене е отговорила: „община“ и „други“ и една община е посочила „община“ и „здравен медиатор“. Общините Оряхово и Ценово са посочили повече от един изпълнител на дейностите. Община Ценово – „здравен медиатор“ и „община“. Една община не е отговорила.

В община с население **над 7000** лица - 17 посочват повече от един изпълнител. От тях община Благоевград посочва за изпълнител на дейностите всички изброени, община Раднево, като участници „община“, „здравен медиатор“, РЗИ и „други“. Общините Кърджали, Пещера, Кубрат и Шумен за изпълнители „община“, „здравен медиатор“ и „РЗИ“. Общините Севлиево, Кюстендил и Нови Пазар, за изпълнители „община“ и „здравен медиатор“.

Коментар: Общините с население над 3000 са изградили партньорство в областта на превенцията на ХИВ и СПИ. Общините с население под 3000 не разпознават тези дейности.

Коментар: Сътрудничествата между „общината“, „здравен медиатор“, РЗИ и „други“ доказват, че създадената организация за изпълнение на дейностите е работеща.

Област: Хронични незаразни болести

Общините с население под 3000 не изпълняват дейности свързани с превенция на хроничните незаразни болести.

В общини с население между 3000 и 7000 – община Ивайловград посочва, че дейностите се изпълняват от здравен медиатор и община Брегово е посочила за изпълнители „община“ и „други“. Пет общини не са дали отговор.

От отговорилите общини с население над 7000 само община Пловдив е посочила за изпълнител „общината“. В общините Крумовград, Генерал Тошево, Луковит и Пещера изпълнител е „здравен медиатор“. Изпълнителите на дейности в 10 общини са повече от един. Община Раднево е посочила за изпълнител „община“, „здравен медиатор“, РЗИ и „други“. Пет общини са посочили за изпълнители „община“, „здравен медиатор“ и РЗИ. Община Бяла е посочила за изпълнител „община“ и „здравен медиатор“.

Като други дейности в областта на здравната политика на общинско ниво е посочено подпомагане на семейства с репродуктивни проблеми.

Коментар: Сътрудничествата между „общината“, „здравен медиатор“, РЗИ и „други“ п доказват, че създадената организация за изпълнение на дейностите е работеща.

Въпрос № 6: За периода 2016-2020 г. какъв процент (%) от общинския бюджет е реализиран за изпълнение на националните програми в областта на:

Майчино и детско здраве:

В общини под 3000 население няма заделени общински средства.

В общини между 3000 и 7000 население - 4 общини са заделили средства между 0,5% и 4,3 % и девет не са отговорили.

В общини над 7000 население – за периода 2016-2018 г. - 7 общини са заделили бюджет в рамките от 0,02% до 5%, като от тях община Велико Търново е конкретизирала, че това са 70 000 лв. за общинска програма за асистирана репродукция.

През 2019 и 2020 г. шест общини са заделели финансови средства между 0,02 и 10% от общинския бюджет.

Превенция на ХИВ и СПИ

В общини под 3000 население няма заделени общински средства.

В общини между 3000 и 7000 население за периода 2016-2020 г. само община Никола Козлево е отговорила, че е заделяла 1% от бюджета си.

Общини с население над 7000, заделили от бюджета си:

През 2016 г. – 5 общини: Благоевград – 13 000 лв., Симитли – 0,02%, Бургас по-малко от 1%, Антоново - 0,001% и Кубрат - 5%.

През 2017 г. - 6 общини: Благоевград – 13 000 лв., Симитли – 0,02%, Бургас по малко от 1% , Пловдив – 50 000 и Антоново – 0,001% и Кубрат – 8%.

През 2018 г. – 5 общини: Благоевград – 13 000 лв., Симитли – 0,02% , Бургас по-малко от 1%, Антоново - 0,001% и Кубрат - 5%.

През 2019 г. и 2020 г. това са общините Благоевград – 13 000 лв., Симитли – 0,02% и Бургас-по-малко от 1% и Кубрат – 10%.

Хронични незаразни болести

В общини под 3000 население няма заделени общински средства.

В общини между 3000 и 7000 население за периода 2016-2020 г. само община Никола Козлово е отговорила, че е заделяла 1% от бюджета си за изпълнението на тази програма.

През 2019 и 2020 г. общите Никола Козлово и Малко Търново, съобщават че са заделяли по 1% от бюджета си.

В общини над 7000 население заделили от бюджета си:

През 2016 г. 2 общини: Тетевен - 1,98% и Кубрат – 5%.

През 2017 г. 3 общини: Тетевен - 2,59%, Пловдив -18 600 лв. и Кубрат – 8%.

През 2018 г. 3 общини: Тетевен – 1,98%, Пловдив -11 550 лв. и Кубрат – 5%.

През 2019 г. 3 общини: Тетевен – 1,80%, Пловдив -9 600 лв. и Кубрат – 10%.

През 2020 г. 3 общини: Тетевен – 1,98%, Пловдив -3 740 лв. и Кубрат – 10%.

Велико Търново е заделила от общински бюджет само за реализирането на Програма „Здрави деца в здрави семейства“ и оздравителни програми.

Други национални програми

В общини под 3000 и между 3000 и 7000 няма заделени общински средства.

В общини над 7000 население само община Тетевен е заделяла под 0,2 % от общинския бюджет за периода 2016-2020 г.

Коментар: Допускаме, че е възможно Ковид -19 епидемията да е оказала влияние върху намаляване на размера на заделените средства от общините през 2020 г. От анализа на въпросниците е видно, че общини под 3000 не заделят общински средства. В общини между 3000 и 7000 население за периода 2016-2020 г. само община Никола Козлово и Малко Търново са отговорили, че заделят 1% от бюджета си. В общини над 7000 население само едини и същи 4 общини (Тетевен, Пловдив, Кубрат и Велико Търново) ежегодно заделят средства от бюджета си.

Въпрос № 7: Функционира ли на територията на Вашата община Местен обществен комитет за превенция и контрол на сексуално предавани инфекции, ХИВ/СПИН и сексуално здраве?

Фигура № 22



От отговорилите общини с население под 3000 няма МОК и 8 % не са отговорили; от тези с население между 3000 - 7000 само в община Кресна продължава да функционира МОК и 2 % не са отговорили. В общини с над 7000 население МОК функционира в: Благоевград, Бургас, Монтана, Пазарджик, Гулянци и Търговище и 1 % не са отговорили.

Информация за Местните комитети може да намерите на стр. 73 и следващи.

Въпрос 8: В областта на кои сексуално предавани инфекции се осигурява общинска финансова помош?

Независимо от броя на населението общинска финансова помощ се осигурява за диагностиката и лечението на **гонореята** - между 2 и 8%. От отговорилите общини с население под 3000. Само в община Челопеч, са отпуснати общински средства за лечение на гонорея.

В други 2 общини (Никола Козлево и Ценово) с население между 3000 и 7000 този процент е 4%. Най-малък процент от бюджета си - 2% е заделила община Елхово с население над 7000.

В общините Ценово и Никола Козлево, които са с население между 3000 - 7000 и Благоевград и Симитли с население над 7000 лица са заделени средства от общинския бюджет и за четирите заболявания.

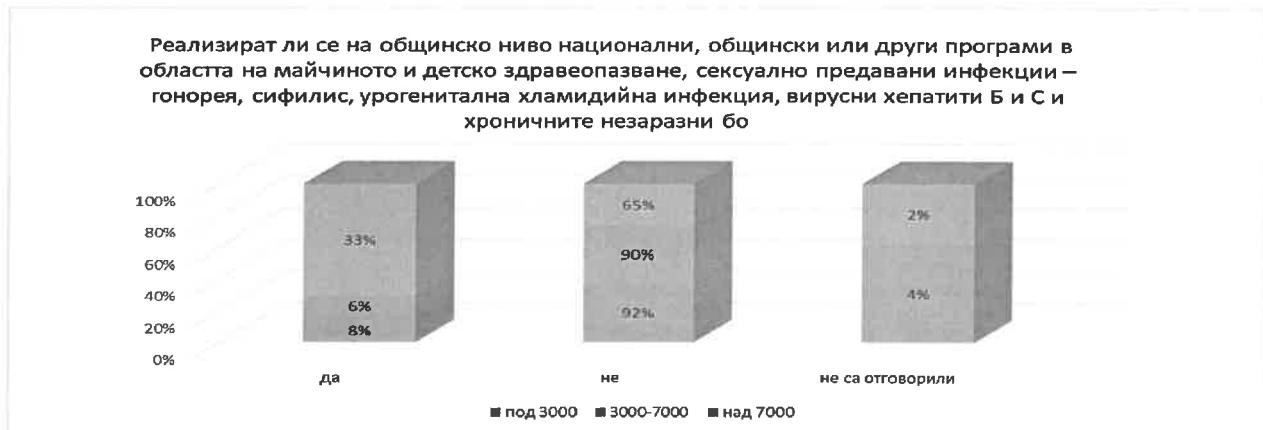
От общините с над 7000 население община Елхово е осигурила общинско финансиране за гонорея, а общините: Разлог, Бургас, Кубрат и Мъглиш за вирусни хепатити В и С. Посочените четири общини са 3% от отговорилите.

Между 92% и 96% от анкетираните не са посочили общинско финансиране в областта на сексуално предавани инфекции гонорея, сифилис, урогенитална хламидийна инфекция и вирусни хепатити В и С.

Коментар: Най-голям размер на финансови средства във всички общини са заделени за диагностика и лечение на „гонорея“ и „вирусни хепатити Б и С“.

Въпрос № 9: Реализират ли се на общинско ниво национални, общински или други програми в областта на майчиното и детско здравеопазване, сексуално предавани инфекции – гонорея, сифилис, урогенитална хламидийна инфекция, вирусни хепатити Б и С и хроничните незаразни болести?

Фигура № 23



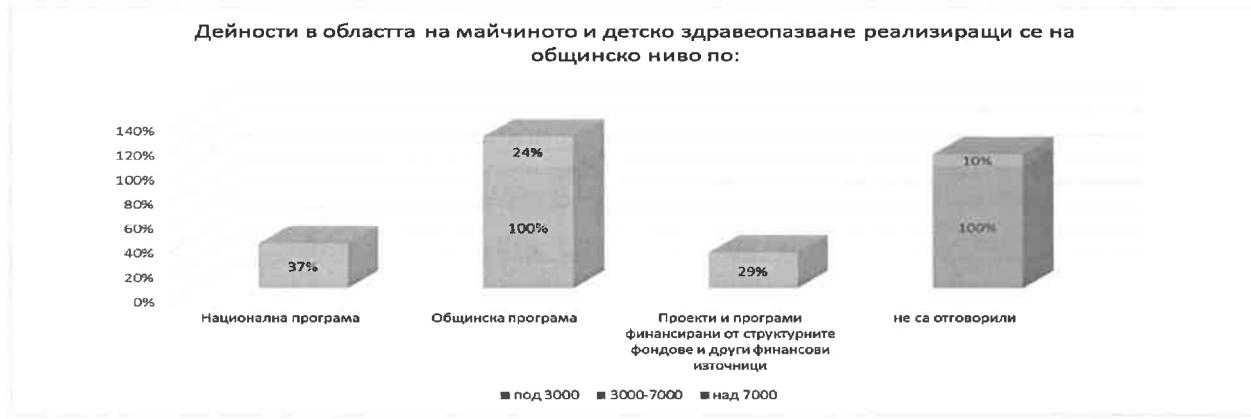
Процентът на реализация на общинско ниво национални, общински или други програми в областта на майчиното и детско здравеопазване, сексуално предавани инфекции – гонорея, сифилис, урогенитална хламидийна инфекция, вирусни хепатити Б и С и хроничните незаразни болести за общините под 3 000 е 8 % за населените места между 3 000 и 7 000 – 6 % и 4 % не са отговорили; за населени места над 7 000 – 33 % и 2 % не са отговорили.

Независимо от броя на населените между 65 % за общини над 7 000 и от 90-92 % за общини под 3 000 и между 3 000-7 000 не реализират национални, общински или други програми в областта на майчиното и детско здравеопазване и СПИ.

Коментар: Най-добра реализация на общинско ниво на здравни програми има в общини над 7 000 население, което показва, че общините са осигурили устойчивост на тази политика.

Въпрос № 10: Ако отговорът на въпрос № 9 е „да“, моля посочете конкретни дейности:

Фигура № 24



В населените места под 3 000 население няма посочени конкретни дейности в областта на майчиното и детско здравеопазване.

В общини от 3 000 - 7 000 население само общините Оряхово, Чипровци и Кайнарджа от отговорилите имат общинска програма за изпълнение на дейности по политиките за майчиното и детското здравеопазване.

В 15 (37 %) общини над 7 000 население от отговорилите изпълняват дейности по Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве, в 10 (24 %) имат общинска програма за посочените дейности, в 12 (29%) изпълняват дейности по проекти и програми, финансиирани от структурните фондове и други финансови източници. Четири общини (10%) не са отговорили.

Фигура № 25



От общините с население под 3000 само община Георги Дамяново е посочила в „други“, че работи по програми финансиирани от Структурните фондове и други финансови източници. Затова процентът е 100.

Общините с население между 3 000 и 7 000 общините Оряхово, Чипровци и Кайнарджа посочват че дейностите са залегнали в общинските им програми. Три общини са казали, че работят по общински програми затова процента също е 100.

От общините с население над 7 000 5% изпълняват дейности по Националната програма и 5 % по общинска програма; 10% работят по проекти и програми финансиирани от Структурните фондове и други финансови източници; 24 % (10 общини) изпълняват дейности по повече от една програма: общинска и проекти; национална и общинска програма; национална и проекти, 56 % не са отговорили.

Коментар: Видна е тенденцията, че общините с население над 7 000 са запознати с Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ, работят по проекти и програми финансиирани от Структурните фондове и други финансови източници, както и по общински програми.

Фигура № 26



От общините с население под 3000 не посочват отговор.

Общините с население между 3 000 и 7 000 една община работи по общинска програма Кайнарджа посочва, че дейностите са залегнали в общинската им програма и 67 % не са отговорили.

От общините с население над 7 000 10% общини изпълняват дейности по Националната програма това са общините Петрич, Бургас, Кърджали и Нова Загора и 17 % имат общинска програма; 7% работят по проекти и програми финансиирани от Структурните фондове и други финансови източници; 5 % изпълняват дейности по повече от една програма: общинска и проекти; национална и общинска програма; национална и проекти. 61 % не са отговорили.

Коментар: Видна е тенденцията, че общините с население над 7 000 са запознати с Националната програма за превенция ХНБ, работят по проекти и програми финансиирани от Структурните фондове и други финансови източници, както и по общински програми.

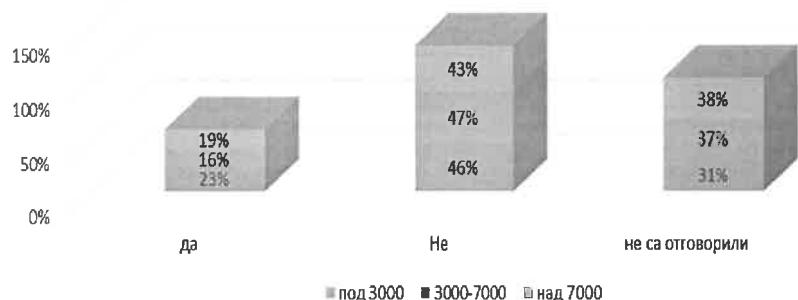
Коментар: В допълнение на горепосоченото най-вече общините над 7000 изпълняват дейности в областта на други програми в областта на майчиното и детско здравеопазване, сексуално предавани инфекции – гонорея, сифилис, урогенитална хламидийна инфекция, вирусни хепатити B и C и хроничните незаразни болести.

Интересен е факта че община Георги Дамяново изпълнява дейности по Национална програма за вирусните хепатитите B и C 2021-2025 г. и по проекти и програми финансиирани от Структурните фондове и други финансови източници.

Въпрос № 11: Срещате ли затруднения в прилагането на посочените национални програми на общинско ниво?

Фигура № 27

Срещате ли затруднения при прилагането на посочените национални програми на общинско ниво



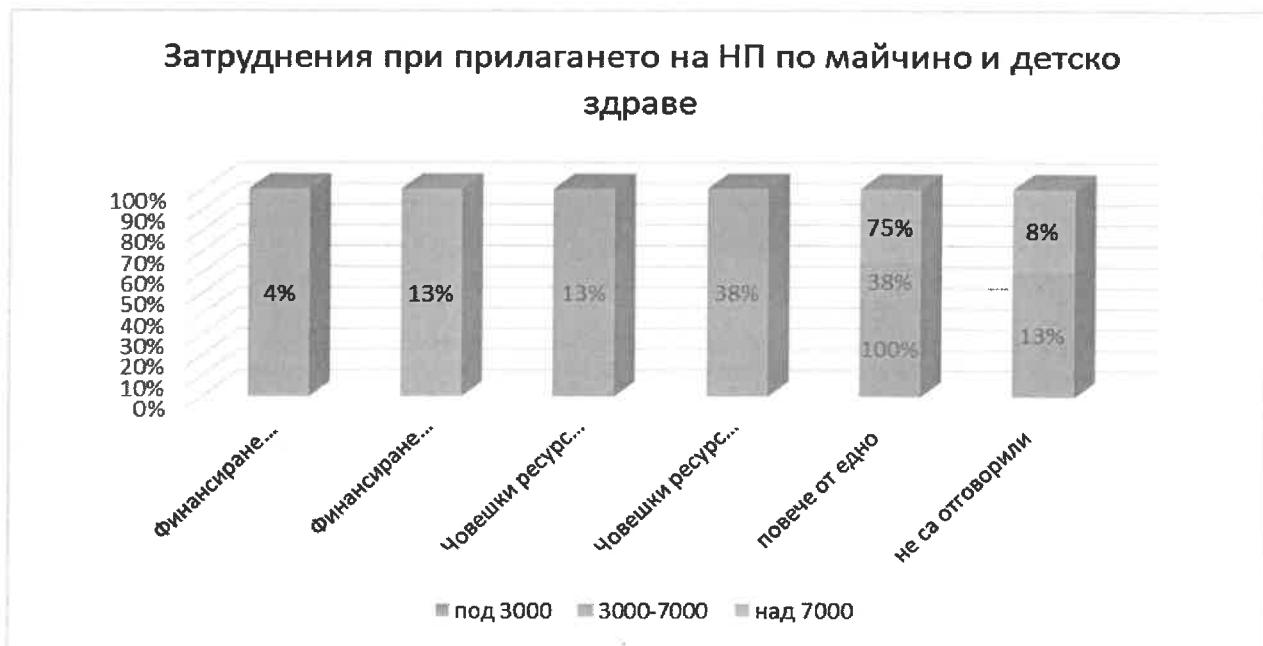
Затруднения в прилагането на посочените национални програми на общинско ниво варират между 23 % за населени места под 3 000 и 31 % не са отговорили; 16 % за общини с население от 3 000 - 7 000 и 37 % не са отговорили; 19 % за населени места над 7 000 и 38 % не са отговорили.

Не срещат затруднения в прилагането на посочените национални програми на общинско ниво варират между 46 % за населени места под 3 000; 47 % за общини с население от 3 000 - 7 000 и 43 % за населени места над 7 000.

Коментар: около 45 % от всички отговорили общини са посочили че не срещат затруднения в прилагането на посочените национални програми на общинско ниво, около 20 % срещат такива.

Въпрос № 12:

Фигура № 28



Като конкретни затруднения за населените места под 3 000 в областта майчиното и детско здравеопазване две общини: Антон и Ново село са посочили недостатъчното и ненавременно финансиране, човешките ресурси без необходима квалификация и недостатъчност на човешки ресурси.

В общини с население между 3 000 и 7 000 13% са посочили като затруднение в реализиране на дейности по програмата - недостатъчни човешки ресурси; 38% човешки ресурси без необходима квалификация и 38% са посочили повече от едно затруднение и 13 % не са отговорили.

За общини с население над 7 000 4 % са посочили като затруднение в реализиране на дейности по програмата - ненавременно финансиране; 13 % - недостатъчно финансиране, 75% са посочили повече от едно затруднение и 8 % не са отговорили.

Коментар: затрудненията са свързани, както с липса на достатъчно и навременно финансиране, така и с недостатъчни и неквалифицирани човешки ресурси.

Фигура № 29



човешките ресурси без необходима квалификация и недостатъчност на човешки ресурси.

В общини с население между 3 000 и 7 000 13% са посочили като затруднение в реализиране на дейности по програмата - недостатъчни човешки ресурси; 38% човешки ресурси без необходима квалификация и 25 % са посочили повече от едно затруднение и 25 % не са отговорили.

За общини с население над 7 000 13 % - недостатъчно финансиране, 63 % са посочили повече от едно затруднение и 25 % не са отговорили.

Коментар: затрудненията са свързани, както с липса на достатъчно финансиране, така и с недостатъчни и неквалифицирани човешки ресурси.

Фигура № 30



Като конкретни затруднения за населените места под 3 000 в областта на ХНБ две общини: Антон и Ново село са посочили недостатъчното и ненавременно финансиране, човешките ресурси без необходима квалификация и недостатъчност на човешки ресурси.

В общини с население между 3 000 и 7 000 13 % са посочили като затруднение в реализиране на дейности по програмата - недостатъчни човешки ресурси; 38% човешки ресурси без необходима квалификация и 25 % са посочили повече от едно затруднение и 25 % не са отговорили.

За общини с население над 7 000 8 % - недостатъчно финансиране, 63 % са посочили повече от едно затруднение и 29 % не са отговорили.

Коментар: затрудненията са свързани, както с липса на достатъчно финансиране, така и с недостатъчни и неквалифицирани човешки ресурси.

Въпрос № 13: При прилагането на посочените национални програми как оценявате взаимодействието си като: „отлично“, „добро“, „лошо“, „никакво“ със следните институции:

Фигура № 31



Като „отлично“: е посочено взаимодействието между институциите по трите програми с „РЗИ“ е 9%; „НПО“ - 6 %; „Лечебни и здравни заведения“- 5%; МТСП“- 4%; „Министерски съвет“ – 3%.

Като „добро“: между 2-12% с най-висок процент са „РЗИ“ и „Лечебни и здравни заведения“, следвани от „МЗ“ и „МТСП“- по 9 %; „Областен управител“; „Други общини“ и „НПО“ - по 8%; „Министерски съвет“ – 6 % и други институции – 2%.

Като „лошо“: по 1% са всички институции;

Като „никакво“: Между 2-10%

Въпрос № 14. Посочете предложения за подобряване на координацията между централната и местната власт при предоставяне на дейности в областта на:

Общините под 3000 население по трите национални програми предлагат:

- да се провеждат разяснятелни кампании за финансиране, чрез проекти за подпомагане на майките от уязвими групи;
- общините предлагат да бъдат осигурени централизирано експерти в областта с осигурен бюджет за осъществяването на дейността;
- да се създадат специализирани лекарски кабинети към общинските болници;

Общини над 3000 население по трите национални програми предлагат:

- подаване на своевременна информация от централната към местните власти.

Обезпечаване

- предоставяне на финансиране и методическа помощ, чрез национално финансиране на дейности, свързани с профилактика и информираност по проблема /обучения на млади майки;
- часове за здраве в училище, разяснятелни кампании в училищата от медицински специалисти сред подрастващите относно превенция на ранна и нежелана бременност и последиците от нея;
- повишаване на информираността за задължителният имунизационен календар на България;
- съдействие от страна на централната власт, относно мотивиране на медицински специалисти да посещават регулярно малки населени места, а не кампанийно.
- подаване на своевременна информация от централната власт към местните власти;
- обезпечаване със специалисти по области;
- необходимо е да се назначат координатори на областно ниво, занимаващи се със здравни въпроси, които да осъществяват връзката между централната и местната власт;
- беседи от здравните медиатори;
- мобилни здравни кабинети, за да имат право на бесплатни прегледи;
- информационни кампании и финансова помощ;
- своевременно информиране за стартирани или действащи национални и други донорски програми, свързани с майчиното и детско здравеопазване;
- национално финансиране на дейности, свързани с профилактика и информираност по проблема /обучения на млади майки;

- Координация между Министерство на здравеопазването с малките и средни общини;
- Осигуряване на информационно-образователни и здравно-консултативни услуги;
- Повишаване на информираността за задължителният имунизационен календар на България;
- Във всички, горепосочени дейности да се засили връзката между медицинските специалисти от училищата и детските градини, както и от социалните заведения със експертите от по-високо ниво – от РЗИ, МЗ или НЦОЗА, да се провеждат обучения за специалистите, работещи на терен в общинските структури, да се осигуряват информационни материали и др.;
- По-голяма информираност за предстоящи програми и проекти;
- Община Чепеларе е заявила за програмен период 2021-2027г. по изпълнение на европейски програми за финансиране, изграждане на Общностен център за подобряване грижата за деца на възраст от 0 до 7 години от рискови семейства и деца с увреждане. Услугата ще е свързана с консултации със специалисти лекари и рехабилитатори, които на територията на община Чепеларе липсват. Необходимо е съдействие от страна на централната власт, относно мотивиране на медицински специалисти да посещават малки населени места регулярно, а не кампанийно;
- Обществено обсъждане със специалисти;
- Раздаване на материали и флаери, с цел по-добра и достъпна информация за всички; Провеждане на повече профилактични прегледи при лични лекари;
- предоставяне на финансиране и методическа помощ;
- осигуряване на достатъчно финансови средства от Републиканския бюджет за превенция;
- необходимо е съдействие от страна на централната власт, относно мотивиране на медицински специалисти да посещават малки населени места регулярно а не кампанийно;
- провеждане на изследвания и разработване на програми за профилактика, ранна диагностика и за осигуряване на здравословен начин на живот при хронични незаразни болести;
- повишаване на информираността по въпросите на сексуално предаваните инфекции;

Въпрос № 15 Добри практики в общините в областта на майчино и детско здраве и полово преносимите инфекции:

- в подкрепа на родителите на новородени деца се предоставя помощ при раждане на дете в размер на 1000 (хиляда) лева (ОС Лъки);

- веднъж седмично населението на общината се обслужва бесплатно от педиатър (ОбС Антон);
- община Чавдар ежегодно предоставя възможност за извършване на бесплатни профилактични прегледи за жителите на община Чавдар, със средства дарени от „Елаците МЕД“ АД – с. Мирково, в областта на майчиното и детското здраве, и други нехронични заболявания;
- здравни беседи с деца и ученици се осъществяват в учебните заведения от медицинските специалисти, информационна кампания сред малцинствените общности, поставяне на спирали за предпазване от нежелана бременност от здравните медиатори (община Угърчин);
- община Мизия посочва дейността на ОПЛ в малките населени места с бременни жени, майките и техните деца;
- община Брусарци посочва обхващане със задължителни ваксини, провеждане на беседи за СПИ;
- община Перущица посочва прегледи с РЗИ мобилен екип;
- дейността на МКБПМН в областта на майчиното и детското здраве и превенцията по полово предаваните болести (Алфатар, обл. Силистра);
- община Искър: провеждане на консултации и прегледи на майки след раждане, насоки за кърмене и стимулиране на кърмата, грижа за бебето и профилактични прегледи. Разясняване на имунизационния календар, захранване на бебето;
- община Роман: здравни специалисти провеждат здравни беседи с деца и ученици;
- община Никола Козлево: провеждане на срещи, беседи, презентации и кампании с деца и майка;
- община Борино периодично провежда беседи с медицинските специалисти;
- община Летница: провеждане на информационна кампания сред малцинствените общности относно СПИ, превенция на нежелана бременност и поставяне на въtre маточни спирали;
- община Ивайловград: разнасяне на брошури, осигурени от РЗИ или МКБПМН.

Забележка: Въпросникът е попълван от експерти в областта на здравеопазване, образовани и хуманитарните дейности, здравни медиатори; заместник-кметове.

8.2. Основни заключения и предложения за подобряване на координация между централната и местната власт

Изводи и препоръки

Общините, попълнили въпросника, посочват като конкретно затруднение недостатъчното финансиране, а също така и недостатъчни и квалифицирани кадри за

изпълнение на дейности по програмите на общинско ниво, което е най-видимо в малките общини с население под 3 000. Също така необходимостта от финансиране на дейности и на методическа помощ, свързани с профилактика и информираност по проблемите на майчиното и детско здравеопазване и хроничните незаразни болести.

Липсва достъп до медицинска помощ и липса на ОПЛ (особено голям е проблемът с детското здравеопазване), единствения механизъм е дейността на здравните медиатори за получаване на такава.

В тази връзка, считаме че е съществена ползата от дейността на здравните медиатори и мобилните медицински кабинети, с цел подобряване на достъпа до медицинска помощ, профилактиката и откриването в ранен стадии на редица обществено значими заболявания. По този начин се намаляват здравните щети за индивида, както и финансовата тежест върху държавния бюджет за провеждане на лечение в по-късен етап.

Общините с население от 3 000 до 7000 души изпитват затруднения при прилагане на националните политики на местно ниво.

Общинските администрации с население над 7 000 са по-ангажирани с изпълнение на националните здравни политики. В част от общините са разработени и се прилагат самостоятелни общински програми, съобразени със здравните потребности на съответната община.

Организационни проблеми в по-висока степен се наблюдават в общините под 3 000. В отговорите администрации съобщават, че много често недостатъчния брой на кадрите и недостатъчен административен капацитет водят до непознаване на националните здравни политики и в резултат на неприлагането им.

Недостатъчно квалифицирани кадри води до неефективно и недостатъчно приложение и изпълнение на дейностите по националните програми.

На общинско ниво не се познават в пълен обем нормативните и стратегическите документи.

За преодоляване на констатираните трудности за прилагане на националните здравни политики на местно ниво е необходимо:

1. Разработване на указание от МЗ за включване в работните програми на РЗИ провеждане на обучение на съответните длъжностни лица от общинските администрации;
2. Повишаване квалификацията на експертите и специалистите от администрацията на общинско ниво чрез цикъл от надграждащи обучения, съобразени с компетентността им;
3. Създаване на механизъм за по-добра координация в работата на МЗ – РЗИ - областна администрация – общини, чрез изграждане на единна информационна система за актуализиране на информацията за прилагане на стратегическите документи на МЗ;

4. Да се създаде механизъм за координиране на дейностите на здравните медиатори, като се определят отговорници на областно ниво с цел осигуряване на по-оперативна координация с централните власти. Предложението следва да се координира с Министерство на финансите за осигуряване на по-висок финансов стандарт за здравните медиатори - областни координатори;
5. С цел по-ефективното разходване на делегирания бюджет за здравни медиатори да се измени и допълни Решението на Министерски съвет за приемане на стандарти за делегираните от държавата дейности с натурали и стойностни показатели (последното РМС № 50/03.02.2022 г) за недопускане некоректно разходване на делегирания бюджет. Принципът на плащане да бъде финансовите средства да следват „здравния медиатор“. Да се предвиди връщане на финансовите средства на отпуснатите делегирани бюджети за здравния медиатор, в случаите, когато не е назначен такъв и/или не е спазена процедурата по реда на *Наредба № 1 от 19 август 2020 г. за изискванията за дейността на здравните медиатори*;
6. Мултилициране на добрите практики от общините за осигурено собствено финансиране за подкрепа на лечение на сифилис, за подобряване на прилагането и на другите здравни политики в областта на ХИВ, туберкулоза, хронични незаразни болести, достъпа до здравеопазване, чрез мобилните медицински кабинети и др.;
7. За промотиране на здравословен начин на живот препоръчваме на интернет страницата на всяка община да се добави секция „Здраве“, в която да се публикува утвърдена от МЗ информация за: Национални препоръки за здравословно хранене: за бременни и кърмещи жени, за деца от 3 до 6-годишна възраст, на ученици на възраст 7-19 год. и за населението в България на 18-65 год.; ползите от ваксините, включително срещу Ковид - 19; местонахождението (адрес) на здравните центрове за здравноНЕосигурени жени; за бесплатни скринингови прегледи и др. След направена проверка бе установено, че такава секция не присъства на страниците, дори и на някои от общини с население над 7000;
8. Въвличане на обществеността при изпълнението и реализирането на националните здравни политики на областно и общински ниво за подобряване на здравните показатели;
9. Подобряване на взаимодействието и комуникацията между РЗИ и здравните медиатори, с оглед популяризиране на дейността на здравно-консултивните центрове (ЗКЦ) за майчино и детско здраве, изпълняващи дейности по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 г., сред малките и средните общини;
10. Подобряване на информираността на служителите от общинските администрации за дейностите на ЗКЦ, с цел координация, информираност на населението и съдействие

за осигуряване на достъп, чрез организиране на транспорт на нуждаещите се от малките и отдалечени населени места;.

11. Осъществяване на координация и предоставяне на информация, както на централно ниво (МТСП и МЗ), така и на местно ниво (РЗИ и АСП), за броя и разпределението на здравните медиатори по места и дейностите, които се осигуряват за здравно неосигурените лица, които се финансират по линия на Агенцията за социално подпомагане;
12. Увеличаване броя на профилактичните прегледи за здравно неосигурени бременни жени, чрез изменение и допълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени;
13. Предприемане на превантивни мерки за превенция на онкологични заболявания, чрез провеждане на скринингови прегледи, в изпълнение на Националният план за борба с рака;
14. С цел профилактика на заболяванията и тяхното ранно откриване, и подобряване прилагането на *Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията* да се координира с общините прилагането на регламентирани скринингови прегледи от ОПЛ за деца и възрастни; включително бременни жени за хепатит В и С, и за лица между 40-60 г. за провеждане на изследване за хепатит В и хепатит С;
15. За улесняване на достъпа до ваксинация на лица от отдалечени и труднодостъпни райони, както и на трудноподвижни лица, осигуряване на мобилни групи за ваксиниране, с оказване на подкрепа от страна на БЧК, РЗИ, БЛС, общини, здравни медиатори и университети;
16. Провеждане на разяснителни кампании за необходимостта от ваксиниране на населението със задължителните имунизации по Националния имунизационен календар и за ползите от препоръчителните имунизации;
17. Създадената структура от експерти на областно ниво за координиране *Националната стратегия на Р. България за интегриране на ромите 2012-2020 г. и приемата за новия програмен период Национална стратегия на Р. България за равенство, приобщаване и участие на ромите (2021 – 2030 г.)* в рамките на функционалната си компетентност и в условията за ограничаване разпространението на Ковид-19 и други социално – значими заразни заболявания, да създадат и необходимата организация за контрол по спазване на противоепидемични мерки.

Съкращения

ООН - Организацията на обединените нации;

СЗО/WHO - Световната здравна организация;

NUTS - Обща класификация на териториалните единици за статистически цели;

НСИ - Национален статистически институт;

НЦОЗА - Национален център по обществено здраве и анализи;

МЗ – Министерство на здравеопазването;

ЕС- Европейския съюз;

ЕИЗ - Европейската икономическа зона;

ЕИП – Европейско икономическо пространство;

ХИВ/HIV - Човешки имунодефицитен вирус/Human Immunodeficiency Viruses;

СПИ - Сексуално предавани инфекции;

ЕCDC/ЕСДС - Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията;

КАБКИС - Кабинет за анонимно и бесплатно консулиране и изследване за СПИН;

COVID-19 - Коронавирус;

MDR-TB - Мултилекарствена резистентност;

XDR-TB - Екстензивнорезистентна туберкулоза, Extensively Drug Resistant Tuberculosis

БВП - Брутният вътрешен продукт;

НЗОК - Национална здравноосигурителна каса;

РЗОК - Регионална здравноосигурителна каса;

МС - Министерски съвет;

РЗИ - Регионална здравна инспекция

ИАЛ - Изпълнителната агенция по лекарствата;

ИАМН – Изпълнителна агенция Медицински надзор

НЦЗПБ - Национален център по заразни и паразитни болести;

НЦРРЗ - Национален център по радиобиология и радиационна защита;

НЦТХ - Национален център по трансфузионна хематология.

НЦОКССМП - Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ;

СПИН - Синдром на придобита имунна недостатъчност;

НП - Национална програма;

НТООД - Нетърговски организации, обслужващи домакинствата.

НОИ - Национален осигурителен институт

НРД - Национален рамков договор

ПМС - Постановление на Министерски съвет;

ОПЛ - Общопрактикуващ лекар;

ЗОЛ – Здравноосигурено лице;

ACAT - Аспартат аминотрансферазата;

АЛАТ - Аланин аминотрансфераза;

МКБ - Международната класификация на болестите;

ПКК – Пълна кръвна картина;

HBsAg - Австралийски антиген за хепатит В;

ЕАД - Еднолично акционерно дружество;

ЗКЦ - Здравно-консултативен център;

МБАЛ - Многопрофилна болница за активно лечение;

АГ- Акушер-гинеколог;

УМБАЛ - Университетска многопрофилна болница за активно лечение;

СБАЛАГ - Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология;

НППМДЗ - Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве;

НСПСИБМП - Национално Сдружение на Педиатрите Специалисти от извънболничната Помощ;

М-CHAT- R/F – Модфицирана анкета за аутизъм при подрастващи, ревизирана с проследяване. (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up);

РАС - Разстройства от аутистичния спектър;

МУ - Медицински университет;

НСОПЛБ - Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България;

НПО - Неправителствената организация;

ДМСГД - Дом за медико-социални грижи за деца;

ЦКОДУХЗ - Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания;

ХЖХИВ - Хора живеещи с ХИВ;

УИН - Уникален идентификационен номер;

ЛЗ – Лечебно заведение;

ХНБ - Хронични незаразни болести;

НАП - Национална агенция за приходите;

СНМЗМ/НМЗМ - Национална мрежа на здравните медиатори;

СОЛСО - Сдружение на ОПЛ от София-област;

БЛС – Български лекарски съюз;

МКБПМН - Местна комисия за борба с противообществените прояви на малолетните и непълнолетните

