



ОТЧЕТ
ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПРОГРАМАТА НА
ПРАВИТЕЛСТВОТО ЗА СТАБИЛНО РАЗВИТИЕ НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ 2014-2018 г.
В СЕКТОР ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Министерство на здравеопазването

„... правото на здраве означава, че правителствата са задължени да създават условия, в които всеки може да бъде толкова здрав, колкото е възможно.

Подобни действия варират от гарантиране на наличността, платежоспособността и достъпността на здравните услуги, до вземане на здравни мерки за здравословни и безопасни условия на труд, прилично жилище и питателна храна и други условия за опазване и укрепване на здравето.

Гражданите, от своя страна, трябва да разберат стойността на своето здраве и да допринасят активно за създаването на по-добро здраве в обществото като цяло.”

„Здраве 2020”, СЗО

Здравеопазването е една от социалните системи, в които правителството на България се ангажира да извърши ключови реформи, насочени към устойчиво подобряване на показателите за здраве на българските граждани чрез подобряване на качеството и достъпа на гражданите до медицинска помощ и активна политика, насочена към промоция на здраве и профилактика на болестите.

През първите две години от управление на правителството ръководството на Министерство на здравеопазването предприе целенасочени действия за реализация на приоритетите и мерките от Програмата на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г. в сферата на здравеопазването. В тази връзка разработихме пакет от стратегически документи, които отразяват визията и конкретните стъпки до 2020 г. за реформиране на системата на здравеопазване, основани на задълбочен анализ на показателите за здравето на българските граждани и основните предизвикателства за функционирането на системата в условия на застаряващо население, навлизане на нови здравни технологии и нарастващи здравни рискове, свързани с начина на живот и факторите на околната среда.

На 18.02.2015 г. правителството прие Концепция „Цели за здраве 2020“, която формулира националните здравни цели на България в областта на здравеопазването, насочени към устойчиво подобряване на показателите за здравното състояние на населението.

Като естествено продължение на концепцията в края на м. септември 2015 г. представихме проект на Национална здравна стратегия до 2020 г. и План за действие към нея.

Националната здравна стратегия 2020 обхваща пълния комплекс от политики за постигане на поставените национални здравни цели, като същевременно създава условия за постигане на общите цели за устойчиво развитие на страната, заложи в Националната програма за развитие „България 2020“ и другите национални стратегически и програмни документи. Тя е основана на разбирането за междусекторното сътрудничество и интегриране на политиките за здраве във всички области на социално-икономическия живот за постигане на очакваните резултати за опазване и повишаване здравето на нацията.

Основното послание на стратегията е, че здравето е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е основен ресурс за човешко и социално развитие. Политиките за опазване и подобряване на здравето са насочени към генериране на дългосрочен икономически растеж на национално и регионално ниво, както и към осигуряването на ефективно действие на защитните механизми на публичния сектор по отношение на социалното включване и борбата с бедността. Това предполага трансформиране на обществените представи и нагласи към здравеопазването

от медицински подвластен и поглъщаш пари сектор, в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

Към стратегията разработихме План за действие за нейното изпълнение, като за всяка политика има разписани конкретни мерки със съответните действия, срокове, изпълнители и източници на финансови ресурси, включително и средства от европейските фондове и програми.

В Плана за действие на Националната здравна стратегия 2020 бяха взети предвид възможностите за създаване и укрепване на механизми за сътрудничество и процедури за координация между държавите-членки на Европейския съюз, за да може Република България да отговори на съвременните предизвикателства и приоритети в областта на здравето.

На 17.12.2015 г. Националната здравна стратегия бе приета от Народното събрание на Република България и стана основополагащ документ за формиране на устойчива и дългосрочна здравна политика.

За реализация на ключови промени в определените приоритетни области разработихме и Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ, Концепция за централизиран орган за обществени поръчки в здравеопазването, Програма за развитие на електронното здравеопазване и др.

В съответствие с поставените стратегически цели в програмните и стратегически документи на правителството, през периода м. декември 2014 г. – м. април 2015 г. инициирахме законодателни промени в основните закони, регулиращи системата - Закона за здравното осигуряване, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закона за лечебните заведения, Закона за здравето, които бяха приети от Народното събрание на Република България. Пакетът законодателни промени имаше за цел да осигури реализацията на краткосрочните мерки за преодоляване на задълбочаващите се проблеми в системата на здравеопазване чрез подобряване на структурата на здравната система в съответствие с потребностите на населението, повишаване на качеството на медицинското обслужване, засилване на контрола на медицинските дейности и по-рационално използване на средствата на публичните средства за здравеопазване.

През 2016 г. изготвихме нов проект за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, свързан с реализацията на дългосрочните мерки за ефективна лекарствена политика.

Внесохме в Народното събрание и проект за изменение и допълнение на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, насочен към създаване на условия за повишаване на качеството на здравните услуги.

В продължение на политиката на Министерство на здравеопазването по отношение на деинституционализацията, предприета през 2010 г. и очертана в Насоките за деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи, през 2016 г. разработихме проект на Концепцията за закриване на домовете за медико-социални грижи за деца и развитие на система от здравни и интегрирани здравно-социални услуги за деца и семейства „Здраве за всички деца“ 2016-2025 г., който предстои да бъде разгледан в Министерски съвет.

Пакетът от стратегически документи и законодателни инициативи осигури възможност за реализация на заложените в Програмата на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г. приоритети:

ПРИОРИТЕТ 10.1. ПОДОБРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО И ДОСТЪПА ДО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Цел: Развитие на човешките ресурси в системата на здравеопазване

Един от първите проблеми, които настоящото ръководство на Министерство на здравеопазването отчете, бяха проблемите, свързани с липсата на устойчива държавна политика, която да противодейства на засилващите се негативни тенденции, свързани с развитието на човешките ресурси в системата на здравеопазване.

Какво наследихме:

- Липса на информация за работещите в страната медицински специалисти и анализ за формиране на държавната политика при планирането и развитието на човешките ресурси
- Неравномерно териториално разпределение и нарастващ дефицит на специалисти по определени медицински специалности;
- Липса на адекватна система за осигуряване на специализация на младите лекари;
- Липса на нормативно регламентирани задължения на медицинските специалисти за продължаващо обучение, обвързана с професионалното развитие.

Какво направихме за 2 години:

- Възложихме на Националния център по обществено здраве и анализи да събере и анализира данни за осигуреността на системата на здравеопазване с медицински специалисти по области, лечебни заведения, специалности и възрастова структура. Анализът е публикуван на интернет страницата на МЗ.
- Предложихме промени в Закона за лечебните заведения, приети от Народното събрание на 09.09.2015 г., с които регламентирахме съдържанието на областните и Националната здравна карта. Включихме изискването в тях да се съдържа информация за настоящата осигуреност на населението с медицински специалисти, необходимия минимален брой лекари, лекари по дентална медицина и специалисти по здравни грижи в извънболничната помощ, както и конкретните потребности от медицински специалисти за всяка област на страната. В картата се определят и потребностите от конкретни болнични дейности по нива на компетентност, което позволява планиране на минималния необходим брой болнични специалисти в болничната помощ, в съответствие с изискванията на медицинските стандарти. По този начин чрез областните и националната здравна карта се създава устойчив механизъм за поддържане на актуална информация, анализ и адекватно планиране на потребностите от отделните видове медицински специалисти. През м. март 2016 г. проектът на Национална здравна карта бе приет от Министерски съвет. Националната здравна карта включва 28 областни здравни карти и съдържа данни за определените потребности от медицински специалисти по видове и специалности в извънболничната помощ и болнични структури на областно, регионално и национално ниво.
- Във връзка с установените проблеми, свързани с обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, включително висока степен на неудовлетвореност сред специализантите от реда и условията за обучение в изключително кратки срокове беше разработена и приета Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. По този начин създадохме привлекателни условия за специализация и възможности за професионално развитие на медицинските специалисти в Република България. От влизането в сила на Наредба № 1 в края на януари 2015 г. до настоящия момент

специализантите по нея са 2264 – от тях 1828 са новорегистрирани по Наредба № 1, а 436 са прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. До настоящия момент акредитираните лечебни заведения в цялата страна са обявили повече от 1200 места за специализанти по клинични специалности по реда на Наредба № 1, а висшите училища са обявили над 500 места по неклинични специалности, по специалности за лица с професионална квалификация „лекар по дентална медицина“ и по специалност „Обща медицина“. Това показва, че новата Наредба № 1 е една успешна стъпка към задържането на младите лекари и останалите медицински специалисти в страната.

С новата наредба се създадоха допълнителни стимули за завършването на обучението на специализантите по дефицитни специалности, като Анестезиология и интензивно лечение, Обща и клинична патология, Педиатрия, Спешна медицина, Инфекциозни болести и Неонатология. Създадоха се и по-достъпни условия за обучение за придобиване на специалност Обща медицина и на специалности за лекари по дентална медицина, съобразени със спецификата на организацията на първичната и денталната помощ в страната, както и по-достъпни условия за обучение на чужденци от държави извън ЕС.

- С промените в Закона за лечебните заведения регламентирахме статута на специализиращите лекари, с което се създаде правна възможност за специализантите да участват равностойно в диагностично-лечения процес, в т.ч. по договор с НЗОК.
- С цел осигуряване на устойчива система за продължаващо обучение на медицинските специалисти като условие за повишаване на качеството на медицинската помощ, съвместно със съсловните организации, подготвихме промени в Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина и Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, с които се регламентират правните основания за въвеждане на системи за задължително продължаващо обучение. Проектозаконът за изменение и допълнение на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти бе приет от Министерски съвет и внесен в Народното събрание през м. октомври 2016 г. С измененията в закона се регламентира професионалното развитие на специалистите по здравни грижи, така че то да гарантира поддържането, повишаването и разширяването на теоретичните знания и практическите умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи. То ще се отразява в квалификационни нива, определени в квалификационна рамка, приета от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Квалификационните нива ще удостоверяват придобити знания, умения и компетентности, усвоени в рамките на продължаващото медицинско обучение или придобита специалност в системата на здравеопазването за период от пет години.
- С проектозакона предложихме изменения и в чл. 182 от Закона за здравето, с които продължаващото медицинско обучение става задължително за медицинските специалисти и контролът върху това обучение се възлага на съответните съсловни организации. По този начин се стремим да осигурим механизъм за активното ангажиране на съсловните организации в процеса за развитие на човешките ресурси в системата, като основна предпоставка за непрекъснато повишаване на качеството на медицинската помощ.
- Въведохме статута на клиничния фармацевт в лечебните заведения за болнична помощ, който да координира дейностите, свързани с безопасната и рационална лекарствена употреба.
- Разработихме нова Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ за

образователно-квалификационна степен „бакалавър“. С наредбата бяха транспонирани изисквания на Директива 2013/55/ЕС за регламентиране компетентностите на медицинските сестри, които трябва да придобият по време на обучението си (до тогава бяха регламентирани само знанията и уменията) и бяха актуализират компетентностите на акушерките. С наредбата бяха въведени и единни държавни изисквания (ЕДИ) за професията „лекарски асистент“.

- Разработихме проект по ОП „Развитие на човешките ресурси“ и предстои сключване на договор за изпълнение му за надграждане на успешно финализирания през 2015 г. година проект „Нови възможности за лекарите в България“, чрез който бе осигурено финансиране на теоретичното и практическо обучение на 650 лекари-специализанти. Целта на новия проект е създаването на условия и мотивация за повишаване на професионалния капацитет на заетите специалисти, както и намаляване на проблемите с работната сила в сектора на здравеопазването, свързани основно с липсата на достатъчно кадри. Чрез реализирането на проекта ще се даде възможност на 520 млади български лекари да придобият желана от тях специалност, като им се осигури заплащането на такси за обучение, на стипендии, медицинска учебна литература и медицинско работно облекло. Планираната стойност на проекта е 5 496 628, 40 лв.
- С цел подобряване на достъпа и условията на специализация на лекарите и другите медицински специалисти, работещи в приоритетни сектори на националната система за здравеопазване и структури, в които е налице значителен кадрови дефицит (ЦСМП, центрове по трансфузионна хематология и държавни психиатрични болници) и като част от мерките, целящи да се намалят неравенствата в достъпа и да се гарантира качеството на медицинската помощ на всички нива на здравната система, през м. октомври 2016 г. направихме изменения в Наредба № 1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. С промените създадохме възможност да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми на специализантите по новата наредба, работещи в тези структури и в други лечебни заведения, които нямат положителна акредитационна оценка за обучение по съответната специалност. По този начин осигуряваме условия за допълнителна мотивация на младите лекари да започнат работа в тези лечебни заведения, в т.ч. в малките общински болници, в които се установя най-голям кадрови дефицит.
- По Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“, осъществявана чрез финансовата подкрепа на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм осигурихме подкрепа чрез предоставяне на стипендии на над 135 ромски студенти по медицински специалности на обща стойност 825 360 лв.
- През 2016 г. подкрепихме процеса на тристранно сътрудничество в сектор здравеопазване, в резултат на което на 10.10.2016 г. беше подписан новият Колективен трудов договор в отрасъл "Здравеопазване", който определя по-високи начални месечни възнаграждения (заплати) на работещите в системата на здравеопазване по длъжности.

Какво предстои:

- В активен диалог със съсловните организации и социалните партньори продължаваме да търсим механизми за подобряване на заплащането и условията на труд на работещите в системата на здравеопазването и осигуряване на допълнителни стимули за тяхното задържане в страната.

- Ще подкрепяме всички инициативи на съсловните организации за развитие на човешките ресурси, особено на системата за продължаващо обучение като основен фактор за подобряване на качеството на медицинската помощ.

Цел: Развитие на ефективна система за контрол на качеството на медицинската помощ

Подобряването на качеството на медицинската помощ е основополагащо във всички политики на Министерство на здравеопазването.

Какво наследихме:

- Неефективна система за контрол, базирана предимно на формална оценка на процесите и липса на критерии за измерване на резултата от медицинските дейности, в т.ч. на удовлетвореността на пациентите;
- Липса на механизъм за взаимодействие на различните институции, ангажирани с контрола на медицинските дейности;
- Липса на критерии и методология за оценка на ефективността и ефикасността на лекарственото лечение.

Какво направихме за 2 години:

- С цел повишаване на качеството на медицинска помощ чрез предложените промени в Закона за здравето осигуряване създадохме правна регламентация за съвместен контрол върху изпълнителите на медицински дейности от всички отговорни институции и организации – районите здравноосигурителни каси, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, регионалните здравни инспекции и съсловните организации на различните медицински специалисти, както и разглеждане на резултатите от контрола в арбитражни комисия.
- Включихме и пациентите също в процеса на оценка на качеството на медицинските дейности чрез задължението на НЗОК да извършва проучване на удовлетвореността на пациентите от заплатените от нея здравни услуги. Промените в ЗЗО дават възможност за налагане на санкция, в т.ч. и за прекратяване на договор с изпълнител на медицинска помощ, при който се констатира системна неудовлетвореност от страна на пациентите и нарушаване на изискванията за качество на медицинската помощ.
- Разработихме Методика за проучване на удовлетвореността на пациентите и Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от Националната здравноосигурителна каса, издадена на 02.12.2015 г. Чрез въведената с наредбата методика на базата на утвърдени въпросници се дава възможност на пациентите да контролират предоставяните им медицински дейности, като санкции ще се прилагат в случай на доказано неправомерно взимане на средства, фалшифициране на документация и отказ от лечение. Останалата част от въпросите ще се използват за формулиране на препоръки за подобряване на работата, които ще бъдат предоставяне на лечебните заведения на база на получената обратна връзка от пациентите.
- За гарантиране на качеството на медицинската помощ разработихме нови и актуализирахме част от действащите медицински стандарти по водещи медицински специалности – Хирургия, Медицинска онкология, Спешна медицина, Педиатрия, Ортопедия и травматология, Гръдна хирургия, Ревматология, Ушни, носни и гърлени болести, Обща и клинична патология и др.

- С цел осигуряване на обективни критерии за оценка на резултатите от проведеното болнично лечение при разработването на основния пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, бяха дефинирани критерии за контрол на здравното състояние на пациента при дехоспитализацията.
- Чрез промените в ЗЗО създадохме условия за прилагане на оценка на здравните технологии, която има за цел да предоставя информация относно безопасността, клиничната ефикасност и ефективност, разходите, социални, правни и етични последици от прилагането на лекарствени продукти в здравеопазването.
- Приехме наредба за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии. В Националния център по обществено здраве и анализи бе създаден капацитет за извършване на оценка на здравните технологии чрез функционирането на Комисия за оценка на здравните технологии, създадена със заповед на министъра на здравеопазването през м. февруари 2016 г. като консултативен орган към директора на НЦОЗА. За осигуряване на условия за изграждане на капацитет за оценка на здравните технологии бе разработена Наредба за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии, обнародвана в Държавен вестник. Съгласно наредбата оценката на здравните технологии се извършва от Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), който се подпомага от комисия за оценка на здравните технологии, като консултативен орган към директора на НЦОЗА. В състава на комисията са включени представители на Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса, Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти, Изпълнителната агенция по лекарствата и НЦОЗА.
- До момента комисията е провела 11 заседания и е изготвила 11 доклада за оценка на здравните технологии. Очакваните резултати от прилагането на новата нормативна уредба са повишаване качеството на лечението на българските граждани и рационалната лекарствена употреба, което ще доведе до оптимизиране на публичните разходи.
- През 2015 г. бе приет нов Устройствен правилник на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (приет с ПМС № 67 от 23.03.2015 г., в сила от 27.03.2015 г.). Създаде се нова дирекция „Осигурителни права и права на пациенти“, както и дирекция „Осигуряване на качество и анализи“ с основни функции по изработване на методически ръководства, справки, таблици и инструкции за осъществяване на медицинския контрол и наблюдаване на резултатите от контролната дейност. Дирекцията изготвя анализи на базата на събраната и обобщената информация, отнасяща се до дейността на лечебните заведения и контролната дейност, както и периодична оценка на ефективността на медицинския контрол по отношение на идентифицираните проблеми от контролиращите екипи и резултатите от контролната дейност.
- През тези две години ИАМО се утвърди като орган, който не само разшири обхвата и обема на провеждания контрол, но и който осъществява аналитична и методологична дейност, подпомагаща структурите в системата на здравеопазването по въпросите, свързани с качеството.
- Във връзка с разширените им правомощия по отношение на контрола актуализирахме устройствените правилници на Изпълнителната агенция по лекарствата и регионалните здравни инспекции, имащи за цел подобряване на административния капацитет и по-ефективно изпълнение на контролните им функции. Чрез оптимизация на числеността на администрацията на МЗ осигурихме допълнителни щатни бройки за повишаване на капацитета на ИАМО и ИАЛ.

- В съответствие с целенасочената политика на МЗ и създадената законодателна база, през 2015 и 2016 г. НЗОК оптимизира своята система за контрол на изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с нея, разширявайки капацитета и функционалните взаимодействия между Районните здравноосигурителни каси (РЗОК) и Централното управление на НЗОК.
- За преодоляване на някои некоректни практики и проблеми в системата на здравеопазването МЗ предприе действия за осигуряване на сътрудничество и взаимодействие с други ведомства и органи (МВР, ДАНС, прокуратура).
- През 2015 г. предложихме мерки за усъвършенстване на системата за акредитация, в т.ч. регламентирането ѝ като част от задължителните условия за финансиране с публичен ресурс чрез промени в Закона за лечебните заведения. В хода на парламентарните дебати бе взето решение да бъде запазен доброволния характер на акредитацията с мотива, че усъвършенстването ѝ е предварително условие за въвеждането на задължителният ѝ характер. Приемайки посочените аргументи сме в процес на разработване на нова методика за акредитация на лечебните заведения.
- В изготвения проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина предвиждаме допълнително разширяване на правомощията и контролните функции на Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ, както и РЗИ по отношение на спазването на държавно регулираните цени на лекарствените продукти от аптеките и дрогериите.

Какво предстои:

- Развитие на механизмите за контрол на качеството на медицинските дейности чрез въвеждане на система от критерии за оценка на резултатите на отделните етапи на диагностично-лечебния процес посредством медицинските стандарти, фармако-терапевтични ръководства, методики и др.
- Развитие на административния капацитет на контролните органи и въвеждане на стандартизирани алгоритми за контрол и правила за взаимодействие.
- Усъвършенстване на методиката за акредитация на лечебните заведения като основна форма за оценка на качеството на медицинската помощ. На базата на изготвената нова методика за акредитация на лечебните заведения ще бъдат предприети действия за подобряване на капацитета за провеждане на акредитационната процедура, като особено внимание ще се отдели на обучение на експертите, участващи в акредитационната процедура и въвеждане на механизми за предотвратяване на конфликт на интереси, както и за провеждане на междинни и контролни оценки на акредитираните лечебни заведения.

Цел 3: Технологично развитие и иновации в системата на здравеопазването

Технологичното развитие на медицината изисква активна политика, ориентирана към осигуряване на достъп на българските граждани до съвременни медицински технологии и иновации, повишаващи качеството на медицинската помощ при максимално ефективно разходване на наличните човешки и финансови ресурси.

Какво наследихме:

- Липса на систематизирана база данни за технологичната осигуреност на лечебните заведения;
- Липса на механизми за регулиране и планиране на високотехнологичните медицински дейности и свързаната с тях медицинска апаратура;

- Недостатъчна технологична осигуреност за съвременна диагностика и лечение на определени социално-значими заболявания.

Какво направихме за 2 години:

- С цел систематизиране на информацията за технологичната осигуреност на лечебната мрежа в страната възложихме на Регионалните здравни инспекции да изготвят досиета на лечебните заведения, включващи и подробна информация за наличната в тях медицинска апаратура. По този начин осигурихме база данни за технологичната осигуреност на системата с апаратура за диагностика и лечение, в т.ч. високотехнологична апаратура.
- С цел осигуряване на ефективен механизъм за планиране на високотехнологичните методи за диагностика и лечение, с промените в приетия ЗИД на ЗЛЗ, включихме в съдържанието на областните здравни карти и Националната здравна карта, информация за наличните, съответно необходимите високотехнологични медицински дейности и свързаната с тях скъпо струваща апаратура. По този начин създадохме условия за гарантиране на равнопоставен достъп на населението до иновативни и високотехнологични медицински услуги, както и дългосрочно инвестиционно планиране за ефективно използване на ресурсите в системата. В приетата през март 2016 г. Национална здравна карта са определени потребностите на националната система за здравеопазване от високотехнологични медицински дейности и свързаната с тях медицинска апаратура, планирани по региони.
- С цел подобряване на качеството на медицинската дейност в държавните лечебни заведения през 2015 г. бяха отпуснати целеви средства за капиталови разходи в размер на 15 263 478 лв. в т.ч. от възстановени неизразходвани средства от преходни обекти в размер на 1 729 824 лв., предназначени за реновиране и/или преустройство на помещения и за закупуване на медицинска апаратура и оборудване, а към 30.09.2016 г. за същите цели са осигурени средства в размер на 9 195 138 лв.
- Дадени са разрешения на „СБАЛ по онкология“ ЕАД и УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕАД, гр. София за сключване на договори за кредит с „Фонд за устойчиво градско развитие на София“ ЕАД /ФУГРС/ по инициатива JESSICA за финансиране на проекти. Кредитите са използвани за подобряване качеството на медицинските услуги, предлагани от двете лечебни заведения и внедряването на високотехнологична апаратура за радиохирургия.
- Осигурени са средства и е реализирано преустройство на помещения за изграждане на лъчетерапевтични комплекси в УМБАЛ „Г. Странски“ ЕАД - Плевен и УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, апаратурата за които е доставена по Средносрочната рамкова инвестиционна програма на Министерство на здравеопазването, финансирана от Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013 година.
- В изпълнение на Средносрочната рамкова инвестиционна програма на Министерство на здравеопазването, през периода бе осигурено допълнително безвъзмездно финансиране в размер на над 40 млн. лв. за закупуване на високотехнологично оборудване. Доставена е апаратура за диагностика и лечение на онкологични заболявания във водещи лечебни заведения:
 - в СБАЛ по Онкология, гр. София - дозиметрична апаратура, система за планиране на лечението, магнитно-резонансен томограф, локална система за обмен на лъчетерапевтична информация и устройства за имобилизация на пациента; два мултимодални линейни ускорители, компютър-томографски симулатор и система за интраоперативно Кv лъчелечение;
 - в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, гр. Плевен и УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив - система за интраоперативно Кv лъчелечение

- в УМБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна - високотехнологичен линеен ускорител в УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“, Стара Загора - 64 срезова компютърен томограф;
 - в УМБАЛ „Александровска“ гр. София - уредба за магнитно-резонансна образна диагностика, лапароскопско оборудване за диагностика и терапия на онкологични заболявания, конфокална ендоскопска апаратура, дигитална ендоскопска видео-система за автофлуоресцентни изследвания на белия дроб, дигитална мамографска система, многофункционален ехограф, автоматизирана система за генетичен анализ, апарат за инхалационна наркоза, цифров ехограф и две интегрирани операционни системи;
 - в МБАЛ „Д-р Тота Венкова“, Габрово - апаратура за ранна онкологична диагностика.
- С Постановление № 276 на Министерски съвет от 2016 г. на 11 държавни лечебни заведения са осигурени целеви средства за основни ремонти и закупуване на медицинска апаратура в размер на 7 200 000 лв. Средствата са разпределени както следва:
 - УМБАЛ „Пирогов“ за строително-ремонтни дейности и закупуване на медицинско оборудване за нуждите на Детска клиника се отпускат 2 млн. лв.
 - МБАЛ Смолян „Д-р Б. Шукеров“ за закупуване на ангиограф – 1 млн. лв.;
 - МБАЛ Търговище 1 млн. лв. за закупуване на ангиограф;
 - МБАЛ Ловеч „Проф. П. Стоянов“, за закупуване на ангиограф и апаратура за хемодиализа за пациенти с бъбречна недостатъчност – 1,1 млн. лв. 260 000 лв.;
 - МБАЛ „Св. Анна“, Варна за основен ремонт на Хирургичен и Терапевтичен блок за закупуване на ангиограф и апаратура за хемодиализа за Неонатология и Родилно отделение;
 - МБАЛ „Св. Иван Рилски“, Разград – 200 000 лв. за закупуване на лапароскопско оборудване и 5 апарата за хемодиализа за пациенти с бъбречна недостатъчност;
 - за УМБАЛ „Св. Екатерина“ за закупуване на 2 броя апарати „изкуствено сърце“ – 400 000 лв.;
 - за МБАЛ „Д-р Тота Венкова“, Габрово за строително – ремонтни дейности за Детско отделение и 10 апарата за хемодиализа за пациенти с бъбречна недостатъчност – 500 000 лв.;
 - на УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ Стара Загора 150 000 лв. за закупуване на микроскоп за Клиника по неврохирургия за извършване на микроневрохирургични операции;
 - МБАЛ Шумен за закупуване на животоспасяваща апаратура за реанимация, Хирургично отделение и Вътрешно отделение – 190 000 лв.;
 - УМБАЛ „Царица Йоанна“ 400 000 лв. за строително-ремонтни дейности за Детска УНГ-клиника.

Какво предстои:

- Разработване на концепция за развитие на телемедицината в България.
- Разработване на Инвестиционна програма за технологично обновяване на лечебните заведения с над 50% държавно участие.
- Въвеждане на механизми за оценка на здравните технологии за всички нови диагностични и терапевтични методи, извън лекарствената терапия

Цел 4: Развитие на електронното здравеопазване

Развитието на електронното здравеопазване е ключов фактор за реализация на реформата в системата на здравеопазването.

Какво наследихме:

- Разпокъсани и дублирани системи в резултат на частични технологични решения, без връзка помежду им и възможност за надграждане и свързването им в единна система;
- Липса на концепция за естеството на единния електронен идентификатор;
- Липса на визия и условия за развитие на телемедицината и други комуникационно-информационни технологии в системата на здравеопазването.

Какво направихме за 2 години:

- През м. ноември 2014 г. бяха разработени Програма за развитие на електронно управление в Република България за периода 2014 – 2020 г. и Пътна карта, които дефинират възможностите за усъвършенстване на текущо реализираната архитектура и постигане на единна архитектура на електронното здравеопазване в рамките на електронното управление, определят желаното развитие в една дългосрочна времева рамка и съответните резултатите, които трябва да бъдат постигнати в края на всеки един етап.
- През 2015 г. извършихме задълбочен анализ на предметната област електронно здравеопазване. За анализа бяха използвани европейските и национални стратегически документи за развитие на електронното управление, анализ на Световната банка за състоянието на здравеопазването в България, разработките на Европейската комисия за трансгранична мобилност и кибер-сигурност на информацията и др.
- Разработихме и предстои да бъде приета Стратегия за електронно здравеопазване и пътна карта към нея. Планът за действие към тази стратегия включва разработването на Национална здравна информационна система, финансирана от Оперативна програма „Добро управление“.
- В процес на подготовка са тръжни процедури за всички обособени позиции, в това число: електронен здравен запис, електронна рецепта, електронно направление, ядро на Националната здравна информационна система, експертна фармако-терапевтична система, здравно-информационен портал и други.
- С решение на Надзорния съвет на НЗОК беше избрано технологично решение за идентификация чрез биометричен идентификатор. Проведена е тръжна процедура и е избран изпълнител. След успешно преминал тестов период от м. ноември системата за пръстова идентификация е въведена във всички лечебни заведения за болнична помощ, договорни партньори на НЗОК.
- Финализирахме тръжната процедура за избор на изпълнител за разработване на електронна платформа за търговия с лекарствени продукти.
- Въведохме електронни административни услуги в ИАЛ и НСЦРЛП.
- През 2016 г. приехме Наредба за утвърждаване на здравно-информационни стандарти, прилагани от лечебните заведения.
- Внедрихме успешно система за електронен документооборот с удостоверяване на подписаните документи с електронен подпис.
- Изготвихме е проектно предложение за изграждане на НЗИС (част 1) по ОПДУ.
- Разработихме прототип на система за електронен амбулаторен лист, електронно направление и електронна рецепта.

- Изградихме електронната платформа за търговия с лекарства и предстои пълноценното и внедряване.
- Актуализирахме системния софтуер и база данни на Геобазирания информационна система на Националната здравна карта.
- Изградихме регистрационна система за здравноосигурителни събития при изпълнителите на медицинска помощ чрез биометрични идентификатори на пациентите в НЗОК, която е въведена в експлоатация във всички ЛЗБП.
- Въведохме електронен отчет за лични лекари и специалисти посредством електронен подпис за отчитане пред НЗОК.

Какво предстои:

- Съгласно разработения график за провеждане на тръжни процедури и изпълнение на 9 обособени позиции, 4 месеца след стартирането на първите проекти, ще започне въвеждане в реална работа на отделни компоненти на Националната здравна информационна система, като основната част от тези компоненти ще бъде въведена в рамките на 24 месеца, а всички компоненти ще бъдат завършени до края на 2018 г.
- Съгласно приетия план предстои тръжните процедури за първите позиции да бъдат обявени до края на 2016 г. и да бъдат въведени в реална експлоатация през м. април 2017 г. Това означава, че през 2017 г. пациентите ще могат реално да използват електронната рецепта, да имат своето електронно здравно досие и да имат улеснен достъп до специалист чрез електронното направление.

Цел 5: Оптимизиране на извънболничната медицинска помощ

Развитието на възможностите за извънболнично лечение е насочено към подобряване на достъпа на населението и максимално ефективно използване на ресурсите в системата, с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията.

Какво наследихме:

- Нисък дял на разходите за извънболнична помощ в структурата на разходите за здравеопазване;
- Недостатъчно използване на капацитета на първичната помощ за развитие на дейностите по промоция и профилактика;
- Недостатъчно развитие на амбулаторната диагностика и лечение, за сметка на болничната помощ.

Какво направихме за 2 години:

- В бюджета на НЗОК за 2015 г. осигурихме увеличение на средствата за извънболнична помощ в размер на 20 млн. лв. за заплащане на допълнителни здравни дейности в ПИМП и СИМП, при липса на увеличение на стойностите за предходните 3 години.
- През 2016 г. продължихме да поддържаме политиката за разширяване на обхвата и обема на услугите, предоставяни в извънболничната помощ. С Решение № РД-НС-04-24-1 на Надзорния съвет на НЗОК от 29 март 2016 г. бяха увеличени броя на направленията за специализирани медицински дейности – консултативни прегледи при специалисти и медико-диагностични дейности. Планирания от НЗОК обем дейности за осъществяване на първични и вторични прегледи при остри заболявания в извънболничната помощ бе увеличен значително (с над 450 000 първични и над 180 000 вторични прегледа). Данните за изпълнението на консултативните прегледи през годината показват, че с предвидените обеми в това решение е осигурен необходимия

брой направления, като не се наблюдава недостиг на такива през 2016 г. Аналогични са резултатите за изпълнението на обемите за медико-диагностични дейности.

- През 2016 г. възобновихме и разширихме диалога с Български лекарски съюз и в частност с представители на общопрактикуващите лекари, като в хода на редица срещи и дискусии бяха постигнати общи решения на оперативни проблеми и сходство в позициите за бъдещото развитие на системата за извънболнична помощ, в т.ч. първична извънболнична помощ.
- Тази политика има видим резултат в изготвения Закон за бюджета на НЗОК за 2017 г., който ясно показва приоритетите на държавната здравна политика за развитие на системата за извънболнична помощ, с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията:
 - Планираните за 2017 г. средства за първичната извънболнична медицинска помощ са увеличени с 11% спрямо закона за бюджета на НЗОК за 2016 г. Със средствата се предвижда увеличението на заплащането за капитация, профилактични дейности при възрастни и по диспансерно наблюдение на лица над 18 години с хронични заболявания, подлежащи на диспансеризация. В тази връзка са подготвени нормативни промени, свързани с разширяване на обема и обхвата на профилактичните дейности, осъществявани от изпълнителите на първична медицинска помощ и формирането на групи от лица с риск от развитие на социално значими заболявания.
 - През 2017 г. средствата за специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) се увеличават с почти 5% спрямо ЗБНЗОК за 2016 г. С планираните средства се осигурява запазване на увеличените през 2016 г. обеми за консултативни прегледи и изследвания, като се предвижда и осигуряване извършването на профилактични акушеро-гинекологични прегледи за жени на 30 годишна възраст с цел профилактика на злокачествено новообразованя на шийката на матката.
 - Във връзка със заложените в нормативната уредба нови ангажименти на системата за извънболничната медицинска помощ се планират средства за медико-диагностичната дейност в размер на 77,5 млн. лв., което представлява увеличение с над 7 млн. лв. спрямо ЗБНЗОК за 2016 г.
- Провежданата от нас политика за развитие на здравно-промотивните и профилактичните дейности с ключовата роля на системата за извънболнична помощ намери отражение в подзаконовата нормативна уредба. Основните актове – наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията и наредбата за пакета здравни дейности, заплащани от бюджета на НЗОК, бяха изцяло преработени през 2015 и 2016 г.
- В областта на извънболничната помощ детайлно регламентирахме конкретните здравно-информационни, промотивни и профилактични дейности, в т.ч. вторична профилактика на заболяванията чрез процеса на диспансерно наблюдение, предоставяни на здравноосигурените лица. Особено внимание обърнахме на дейностите по промоция на здравето, които включват 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.
- В тази връзка приехме нова Наредба за профилактичните прегледи и диспансеризацията. С новата наредба се актуализират критериите за определяне на рискови за развитие на определени социално-значими заболявания групи лица, както

и на заболяванията, подлежащи на диспансеризация и дейностите по профилактика и диспансеризация, заплащани от бюджета на НЗОК в съответствие със Закона за здравното осигуряване. В наредбата са регламентирани механизмите за осигуряване на гарантиран достъп до необходимия обем профилактични и диспансерни прегледи с оглед ранно откриване на рисковите фактори за развитие на заболяване, ранно диагностициране на заболяване, своевременно насочване за лечение и последващо диспансерно наблюдение с цел предотвратяване на трайни здравословни проблеми и преждевременна смъртност. Детайлизирани са правата на пациентите във връзка с провеждането на профилактични прегледи и тяхното диспансеризиране за определени заболявания. С наредбата създадохме условия за оптимизиране на цялостната организация, документиране и отчетност във връзка с дейностите по профилактика и диспансеризация, в т.ч. създаването на възможности за електронен обмен и съхранение на данни и медицинска документация след електронно автентифициране от страна на пациента.

- С оглед прецизиране на механизмите за ефективно използване и фокусиране на обществения ресурс за здраве върху изпълнението на политиките, заложи в Националната здравна стратегия 2020, насочени към устойчиво подобряване на здравето на населението с приоритет върху детското и майчино здраве, през 2016 г. приехме нова Наредба № 2 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Измененията са свързани основно с разширяване на обема на дейностите от обхвата на извънболничната медицинска помощ и намаляване на излишните хоспитализации чрез извеждане на болнични дейности, които могат да бъдат осъществявани в амбулаторни условия и прецизиране на индикациите за болнично лечение
- Предвиденият в наредбата обхват на амбулаторни дейности, които могат да бъдат извършвани без да се налага хоспитализация на пациента, има за цел да повиши ефективността на медицинската помощ и да минимализира излишните разходи за болничния престой, които не са продиктувани от здравното състояние на пациента и не са свързани с конкретни медицински дейности. Това е в съответствие с един от ангажиментите на страната за изпълнение на препоръката на ЕС към България за 2014 г. относно Националната програма за реформи, а именно подобряване на ефективността на разходите в болничната помощ чрез извеждане на болнични дейности в амбулаторни условия.
- С актуализацията на Наредба № 2 за определяне на пакета от здравни дейности от м. ноември 2016 г. бяха въведени 4 нови амбулаторни процедури, свързани с амбулаторно наблюдение/диспансеризация и лечение на редки и тежкопротичащи болести, които позволяват използване на болничния капацитет за осигуряване на комплексно обслужване на пациентите с тези заболявания.

Какво предстои:

- Поетапно и систематично разширяване на обхвата на дейностите, извършвани в извънболнични условия и осигуряване на адекватен финансов ресурс за това.
- Стимулиране на лечебните заведения за болнична помощ за развитие на амбулаторни дейности и комплексни грижи за пациенти с увреждания и хронични заболявания в активно взаимодействие със структурите в извънболничната помощ.

ПРИОРИТЕТ 10.2. ПРИОРИТЕТНО ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ НА СПЕШНАТА ПОМОЩ ЧРЕЗ ИНВЕСТИЦИИ В РЕСУРСНОТО, ТЕХНИЧЕСКОТО, ЛОГИСТИЧНОТО И КАДРОВТО РАЗВИТИЕ

Реформирането на системата за спешна помощ е ключов приоритет на Министерство на здравеопазването, свързан със здравната сигурност на българските граждани.

Какво наследихме:

- Липса на последователна политика за развитието на системата за спешна медицинска помощ;
- Липса на интегритет между извънболничната и болничната част на системата;
- Задълбочаващ се кадрови дефицит и демотивация и деквалификация на работещите;
- Лоша материално-техническа база, спорадични инвестиции, разнородна собственост;
- Неудовлетворени обществени очаквания от системата за спешна медицинска помощ.

Какво направихме за 2 години:

- На 26.11.2014 г. правителството прие Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020, с ясна визия, приоритети и план за действие, съдържащ конкретни мерки за устойчиво развитие на съвременна система за спешна помощ. За реализацията на Концепцията бе разработен План за действие за същия период, включващ конкретни дейности, срокове и отговорности за реализация на заложените цели и приоритети.
- Концепцията бе изградена върху идеята за създаване на интегриран модел за системата за спешна медицинска помощ, включващ две основни части – извънболнична и болнична част, свързани с регламентирани организационни връзки и механизми на координация. Извънболничната част включва централите за спешна медицинска с техните филиали и мобилни спешни екипи, разположени на определени точки, осигуряващи своевременен достъп на населението в обслужваната територия. Болничната част включва развити структури за спешна медицинска помощ в лечебни заведения за болнична помощ – спешни болнични комплекси и спешни болнични центрове.
- На базата на приетата Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ и активните действия на МЗ през 2015 г. финализирахме преговорите с ЕК по разработване на Приоритетна ос 4 „Регионална здравна инфраструктура” на Оперативна програма „Региони в растеж”, по която ще бъдат осигурени 163 млн. лв. за модернизация на системата за спешна медицинска помощ.
- За осигуряване на необходимия технологичен капацитет за реализация на проекта проведохме прозрачна процедура за „Избор на изпълнител за подготовка на проектно предложение за кандидатстване с голям инвестиционен проект за подкрепа на спешната медицинска помощ по ОПРР 2014-2020“. На 17.08.2016 г. е сключен договор с избрания изпълнител, който извършва анализ на съществуващите структури в системата за спешна помощ и изготвя проектни предложения за необходимата инфраструктура в съответствие с техническото задание и приетият стандарт „Спешна медицина“. Според първоначалните оценки се предвижда в 76 обекта да се извърши изцяло ново строителство на филиали на спешни медицински центрове, в 6 обекта да бъде извършено дострояване на допълнителен етаж или допълнително крило, а в 155 да се осъществи реконструкция и ремонт на вече съществуващи сгради. Интервенциите в инфраструктурата на системата за спешна медицинска помощ са планирани по начин, позволяващ максимално ефективно изразходване на средствата от европейските фондове за постигане на системен ефект

на територията на цялата страна, което кореспондира и с политиката за равномерно развитие на регионите.

- Във връзка с подготовката на инфраструктурния проект е в процес на финализиране и проблемът със собствеността на филиалите на ЦСМП, останал нерешен повече от 25 години. Липсата на собственост върху помещенията, в които се намират филиалите, както и на активна политика в тази област, са причина за лошата материална база и битови условия, при които работят спешните екипи. Във взаимодействие с областните и общинските администрации през 2015 и 2016 г. намерихме устойчиви решения за функционирането на филиалите за спешна медицинска помощ, като на много места им бе предоставено право на собственост върху ползваните или нови имоти.
- С цел преодоляване на тежкия кадрови дефицит в системата в рамките на бюджета на МЗ за 2015, 2016 и 2017 г. осигурихме допълнителни средства за до 50% увеличение на трудовите възнаграждения на работещите в ЦСМП спрямо изходната 2014 г. Разпределението на средствата се осъществява по методика, която позволи да бъдат преодолените натрупаните дисбаланси във възнагражденията на работещите в 27-те ЦСМП в страната.
- В резултат на предприетите мерки през 2015 г. за пръв път се наблюдава положителна тенденция на преодоляване на кадровия дефицит, като вече втора година постъпващите на работа в центровете за спешна медицинска помощ медицински специалисти са повече от напускащите системата.
- Увеличеният брой постъпили на работа в ЦСМП позволи пълно окомплектоване на екипите във всички областни градове, а в ЦСМП София доведе до увеличение на броя на работещите екипи средно от 10-14 на смяна през 2014 до 20-22 екипа на смяна в момента.
- С цел подобряване на организацията на медицинското обслужване и ефективността на системата за спешна медицинска помощ в София град и Софийска област, в края на 2015 г. извършихме обединение на центровете за спешна медицинска помощ в тези 2 области. Редуцираният в резултат на обединението административен персонал даде възможност за увеличение на щатната численост на медицинските екипи.
- С цел повишаване на квалификацията на персонала в системата за спешна медицинска помощ през 2015 г. бе осигурено допълнително обучение на 442 лекари и други медицински специалисти от 33 лечебни заведения в рамките на Проект „ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешните състояния”, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, с което общият брой на обучените достига 6022 души.
- В съответствие с политиките, насочени към развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ, съгласно приетата Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ, през м. септември 2016 г. Министерски съвет прие Постановление за структурни промени в системата на здравеопазване, с които се създава Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ. В съответствие с приетото ПМС през м. октомври 2016 г. бе утвърден и Правилник за устройството и дейността на центъра. С Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ целим да осигурим капацитет за подобряване знанията и уменията на персонала в системата на спешната медицинска помощ чрез начално и продължаващо теоретично и практическо обучение. То ще е насочено към развитие на потенциала на заетите в сектора, към разширяване, поддържане и актуализиране на наличните знания и умения, както и към придобиване на нови, които са необходими за осигуряването на качествена здравна помощ.

- През 2016 г. направихме изменения и в Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ (ЦСМП), с които бе дадена възможност на ЦСМП да провеждат обучение на специализанти по спешна медицина, продължителна квалификация на персонала и периодична оценка на професионалните компетентности, както и поддържането на квалификацията на персонала. С измененията бяха синхронизирани регламентите на Правилника с изискванията на Наредба № 12 за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“ по отношение на видовете мобилни и стационарни екипи, броя и професионалната компетентност на персонала в тях, в т. ч. и на новата професия „Парамедик“.
- През септември 2016 г. разработихме и кандидатствахме с нов проект за обучение на работещите в спешната медицинска помощ по ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г., който да надгради постигнатото до момента. В рамките на проекта се предвижда осигуряване на оборудването за Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ и провеждане на обучение на над 2 700 служители от системата за спешна медицинска помощ с продължителност до 2018 г. и общ бюджет 7 000 000 лева.
- С цел подобряване на достъпа и условията на специализация на лекарите и другите медицински специалисти, работещи в ЦСМП, бяха направени изменения в Наредба № 1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. С промените беше създадена възможност на специализантите, работещи в ЦСМП, да могат да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми.
- През 2015 г. увеличихме средствата за финансиране на спешните отделения в болниците по Методиката за субсидиране на лечебните заведения с 3 млн. лв. През 2016 г. увеличението бе с над 8 млн., като основната част от тези средства бяха предоставени на лечебните заведения за осигуряване на необходимия капацитет от компетентен медицински персонал чрез гарантиране на месечни възнаграждения от не по-малко от 1500 лв. на лекар и 900 лв. на медицинска сестра.
- С цел подобряване на структурата и организацията на дейността в системата за спешна медицинска помощ и детайлно регламентиране на дейностите, осъществявани от отделните видове спешни екипи през м. декември 2015 г. бе приет нов медицински стандарт „Спешна медицина“. Стандартът предвижда въвеждането на триажна система за оценка на спешните състояния, в т.ч. телефонен триаж при постъпване на спешните повиквания на базата на стандартизиран въпросник. Въведени са и времена за достъп на спешните екипи в зависимост от степента на спешност на съответното повикване. Със заповед на министъра на здравеопазването от 16.10.2016 г. протоколите за телефонен триаж бяха утвърдени и въведени тестово в практика на центровете за спешна медицинска помощ. В процес на подготовка е обществена поръчка за разработване на софтуер за автоматизирана система за телефонен триаж, която да бъде интегрирана към информационната система в системата за спешна медицинска помощ.
- Със стандарта се предвижда и регламентирането за пръв път на участието в спешните екипи на нов вид професионалисти в системата за спешна медицинска помощ – парамедици. Чрез въвеждането на парамедици в системата за спешна медицинска помощ целим да се преодолее неефективното използване на висококвалифицирани медицински специалисти за дейности, които могат да се изпълняват от лица със специфична и профилирана квалификация, както и да се вземат мерки срещу текучеството и недостига на персонал.
- МЗ участва в разработването на Държавни образователни изисквания (ДОИ) за обучение по професията „Парамедик“, които бяха утвърдени през 2016 г. с Наредбата

за придобиване на квалификация по професията „Парамедик“ на министъра на образованието и науката. С ДООИ бяха определени конкретните професионални знания, умения и компетентности по професията, които ще гарантират на обучаващите се възможност за упражняването ѝ.

- През 2016 г. в седем центъра за спешна медицинска помощ (Пловдив, Сливен, Кърджали, Бургас, Разград, Варна и Смолян) стартираха проекти по програма “Активни млади хора до 29 годишна възраст” на МТСП за обучение за придобиване на квалификация за парамедици. Едно от условията на програмата е след приключване на обучението Министерството на здравеопазването да назначи новоквалифицираните парамедици на трудов договор в някой от спешните центрове или във филиал, а МТСП да поеме заплащането на вознагражденията им за първите 6 месеца.

Какво предстои:

- До 2020 г. предстои поетапно увеличение на трудовите вознаграждения на работещите в системата за спешна медицинска помощ до достигане на 100 % увеличение спрямо нивата от 2014 г.
- Разработване на софтуер и въвеждане на медицински триаж във всички структури, осъществяващи спешна медицинска помощ.
- С осигурените средства по ОП „Региони в растеж“ 2014-2020 поетапно ще бъдат извършени строителство, ремонт, реконструкция и оборудване на 198-те филиала на централните за спешна медицинска помощ и 34 спешни отделения на болниците. Инвестицията е разделена на 27 лота в цялата страна, което ще позволи проектът да се осъществи с максимална скорост и ще предотврати възможността обжалвания в някои от случаите да забавят реализирането на целия проект. Освен за строителство и ремонт, голяма част от парите ще отидат за преоборудване и закупуване на нова модерна техника, включително и устройства за телемедицина и 400 нови линейки, снабдени с животоспасяваща апаратура.
- Ще бъде въведена система за първоначална и периодична оценка на знанията и уменията на персонала в системата за спешна медицинска помощ и за непрекъснато обучение и квалификация.

ПРИОРИТЕТ 10.3. ФОРМИРАНЕ НА МОДЕЛ НА БОЛНИЧНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, КОЙТО СЕ ХАРАКТЕРИЗИРА С ПРЕДВИДИМОСТ НА ФИНАНСОВИЯ РЕСУРС ЗА ОСИГУРЯВАНЕ КАЧЕСТВО И ДОСТЪПНОСТ НА ЛЕЧЕНИЕТО, И МОТИВАЦИЯ НА РАБОТЕЩИТЕ В СФЕРАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО. ВЪВЕЖДАНЕ НА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА КАРТА СЪС ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ХАРАКТЕР

Реформата в болничната помощ е основен фактор за изграждане на ефективна и отговаряща на здравните потребности здравна система

Какво наследихме:

- Нарастващи разходи за болнична помощ, които не водят до съответно подобрене на здравните показатели на населението;
- Неравномерно разпределена и фрагментирана болнична мрежа, несъответстваща на потребностите на населението;
- Национална здравна карта с препоръчителен характер, без предвидени механизми за ефективното ѝ прилагане като инструмент за планиране и управление на системата;

- Задължение за заплащане на всички дейности, предоставяни в болничната помощ с публичен ресурс, без възможност за ефективното му използване за осигуряване само на качествени и основани на потребностите на населението услуги;
- Недостатъчно ефективна система за акредитация на лечебните заведения и липса на обвързаност на акредитационната оценка с други системи за оценка на качеството на медицинската дейност, която я прави формална и самоцелна.
- Липса на ефективен контрол върху управлението на лечебните заведения-търговски дружества с над 50% държавно участие в капитала

Какво направихме за 2 години:

- С влезлия в сила на 22.09.2015 г. ЗИД на ЗЛЗ променихме нормативния механизъм за въвеждане на Националната здравна карта със задължителен характер, чрез която да се определят и планират на териториален принцип потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ на областно, регионално и национално ниво. Този подход има за цел да оптимизира механизмите за планиране на медицинските дейности на териториален принцип съобразно нуждите на националната система на здравеопазване. Националната здравна карта има за цел да идентифицира осигуреността на населението от различните видове медицинска помощ във всяка област на страната, областите с излишък и с недостиг от лекари и лекари по дентална медицина в извънболничната медицинска помощ и броят легла по видове и по нива на компетентност на болничните структури. Националната здравна карта определя и видовете медицински дейности, които се планират на регионално ниво и национално ниво, в т.ч. планиране на лечебните заведения за спешна медицинска помощ и лечебните заведения, осъществяващи високотехнологични методи на диагностика и лечение.
- На 22.10.2015 г. изготвихме и утвърдихме Методиката за разработване на областните здравни карти и съставите на областните комисии, които да разработят и представят областните здравни карти за 28 области на територията на страната.
- През периода ноември 2015 г. - март 2016 г. извършихме задълбочен анализ на наличната информация в областните здравни карти и разработихме методология за разработването на Националната здравна карта, в която бяха използвани показатели за осигуреност на населението с медицински специалисти и болнични ресурси, в т.ч. болнични легла по видове и медицински дейности, както и високотехнологични методи за диагностика и лечение и достъп до системата за спешна медицинска помощ. Цялата налична информация бе предоставена на Националната комисия по изготвяне на Националната здравна карта, в която участват представители на съсловните и пациентски организации, общини, НЗОК и др. Комисията одобри първоначален проект на Национална здравна карта, който представихме за широко обществено обсъждане. Организирахме срещи на областно ниво с всички заинтересовани страни, на които въпросите, свързани с изготвянето и прилагането на НЗК бяха дискутирани. На база на проведеното обществено обсъждане бе изработен окончателния проект на Националната здравна карта.
- На 24 март 2016 г. Правителството прие първата Национална здравна карта на Република България със задължителен характер.
- Приетите промени в ЗЛЗ, свързани с Националната здравна карта създадоха ефективен механизъм за планиране на публичните и частните инвестиции в сектора, в съответствие с потребностите на населението. На база на утвърдената Национална здравна карта Комисията за изработване на Националната здравна карта, създадена със заповед на министъра на здравеопазването, извършва оценка на потребностите на населението от медицинска помощ и дава становище относно необходимостта от

създаване на нови лечебни заведения или разкриване на нови медицински дейности. За периода след приемане на Националната здравна карта комисията проведе 5 заседания, като становищата на комисията по разгледаните случаи са публикувани на страницата на МЗ.

- Приемането на Национална здравна карта осигури необходимата база за обективна оценка на потребностите от медицинска помощ във връзка с преценката за недостатъчност на медицинските специалисти в извънболничната помощ. По този начин беше въведен законов регламент и ясни критерии за доказване на недостига на медицински специалисти в извънболничната помощ. Въз основа на това изготвихме и предоставихме на регионалните здравни инспекции методика за издаване на становища за недостатъчност на специалистите в извънболничната помощ в процеса на договаряне с НЗОК. Това даде възможност за уеднаквяване на практиките в отделните области и гарантиране на достъпа на населението до специализирана извънболнична помощ в областите, в които има недостиг на лекари специалисти по определени специалности.
- Със ЗИД на ЗЛЗ бяха въведени и промени, свързани със статута и дейността на лечебните заведения и възможността да създават обединения с цел сключване на договор за оказване на медицинска помощ. Основната цел на въведената промяна е намаляване на дефрагментацията на системата и създаване на условия за комплексно обслужване на пациентите чрез стимулиране на интеграцията на лечебните заведения, което ще допринесе за намаляване на фрагментацията на болничния сектор и неефективното използване на ресурсите.
- В унисон с политиките, насочени към оптимизиране на болничния сектор, направихме промени в Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи. Чрез промените бе осигурено ясно дефиниране и класифициране на отделните видове легла в клиниките и отделенията, в зависимост от вида на осъществяваните медицински дейности, което да позволи унифицираност и съпоставимост на наличния болничен капацитет на ниво лечебно заведение и на областно, регионално и национално ниво. С оглед осигуряване на достъпа и задоволяване на потребностите на населението до болнична помощ, задължихме лечебните заведения за болнична помощ да поддържат постоянен брой легла през цялата година, като ще могат да променят броя на разкритите легла веднъж годишно в периода от 1 до 31 януари, с изключение на случаите, когато в тях се разкриват нови медицински дейности. Чрез промените създадохме ясен механизъм за наблюдение на броя на разкритите и използвани легла в болниците, като част от механизма за наблюдение за задоволяване на потребностите от болнична медицинска помощ, определени с Националната здравна карта.
- С цел осигуряване на необходимите комплексни медицински дейности за пациенти с психични, кожно-венерически и онкологични заболявания и за деца с увреждания и хронични заболявания, с промените в Наредба № 49 регламентирахме условията и реда за предоставяне на дейности по комплексни медицински грижи в болници за активно лечение. В тази връзка дадохме възможност през 2016 г. в областите, в които има установен недостиг на легла за дългосрочна грижа, лечебните заведения да могат да разкриват легла за продължително лечение и палиативни грижи в рамките на разкритите клиники и отделения за активно лечение.
- Едно от приоритетните направления в дейността на ръководството на Министерство на здравеопазването бе свързано с подобряване на управлението на държавните лечебни заведения и създаване на условия за подобряване на материално

техническата база при максимално ефективно използване на ресурсите. Един от подходите, който бе последователно прилаган, бе свързан с обединяване на лечебни заведения и структури с цел по ефективно управление на ресурсите:

- Създадено бе гражданско дружество „УБ-9” между следните 9 лечебни заведения: „СБАЛ по белодробни болести „Св. София“ ЕАД, „УСБАЛ на инфекциозни и паразитни болести „Проф. И. Киров“ ЕАД, „УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕАД, „СБАЛ на детски болести „Проф. И. Митев“ ЕАД, „СБАЛ по лицево-челюстна хирургия“ ЕООД, „УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, „УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД, „УСБАЛ по ендокринология „Акад. И. Пенчев“ ЕАД и „СБАЛ по акушерство и гинекология „Майчин дом“ ЕАД, които се намират на територията на бившата Медицинска академия, с цел оптимизиране на административно-стопанските дейности на деветте лечебни заведения.
- „Специализирана болница за активно лечение на детски онкохематологични заболявания” ЕООД бе преобразувана чрез вливане в УМБАЛ «Царица Йоанна - ИСУЛ» ЕАД. Обединението е продиктувано от факта, че двете лечебни заведения осъществяват сходен предмет на дейност в областта на лечението на онкологични заболявания и се намират в една и съща сграда. По този начин ще се освободят финансови ресурси от административната издръжка на двете структури и този ресурси ще се пренасочат за лечение на пациентите.
- По сходни причини са предприети действия и по вливане на „БУЛ ПРО” ЕАД в „СБАЛ по ортопедия „Б. Бойчев” ЕАД.
- Предприети са действия по обявяване в ликвидация на „СБДПЛПФЗР – Радунци” ЕООД, поради отпадналата необходимост от съществуването на лечебното заведение. След закриването му пациентите с белодробни заболявания могат да провеждат продължително лечение в случаите на необходимост в „СБАЛПЛББ – Роман“ ЕООД, „СБДПЛРПФЗ – Св. Петка“ ЕООД, гр. Велинград и „СБПФЗДПЛР – Цар Фердинанд I“ ЕООД, с. Искрец.
- „Национална специализирана болница за физикална терапия и рехабилитация” ЕАД се присъедини като член на гражданското дружество „УБ-9”, с цел осигуряване на комплексност и завършеност на лечебния процес и подобряване на предоставяната медицинска услуга.
- Усилията ни бяха насочени и към подобряване на контрола върху управлението на дружествата с държавно участие. В тази връзка бе въведен ежемесечен мониторинг върху поетите задължения от дружествата, в т.ч. просрочените задължения, с цел подобряване на контрола и подпомагане вземането на ефективни управленски решения. Осъществява се и ежемесечен контрол и мониторинг върху приходите и разходите на лечебните заведения с държавно участие в капитала, както и контрол по отношение на сключваните от тези лечебни заведения договори.
- Въведохме и тримесечна проверка на получената информация по ПМС № 127/2013 г. В резултат по това установихме неизпълнение на Правилата за избор на изпълнител за предоставяне на финансови услуги от кредитни или финансови институции от търговски дружества с над 50 % държавно участие в капитала и за първи път са наложени санкции на ръководните им органи.

Какво предстои:

- Ежегодно ще изготвяме анализ на осигуреността с болнични легла по области, който ще бъде предоставен на Националната комисия по изготвяне на Националната здравна карта за преценка на необходимостта от актуализация на Националната здравна карта, с цел максимално адаптиране на структурата на здравната система

спрямо потребностите на населението от своевременна, достъпна и качествена медицинска помощ и преодоляване на съществуващите дисбаланси.

- Ще управляваме процеса на разкриване на нови болнични структури и дейности, финансирани от НЗОК, с цел равномерно разпределение на болничния капацитет на територията на страната, в съответствие с потребностите на населението.

ПРИОРИТЕТ 10.4. ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ НА НЗОК И ПРЕВРЪЩАНЕТО Й В АКТИВЕН ФИНАНСИРАЩ И КОНТРОЛЕН ОРГАН ОТ ИМЕТО НА ОСИГУРЕНИТЕ ГРАЖДАНИ – ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ПОЛИТИКА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ДОСТЪПНО И КАЧЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Осигуряването на механизми за устойчиво и ефективно функциониране на обществения здравноосигурителен фонд бе основен ангажимент на Министерство на здравеопазването.

Какво наследихме:

- Прогресивно нарастване на разходите на НЗОК, налагащо ежегодни актуализации на бюджета ѝ;
- Липса на ефективна система за контрол на договорените дейности, особено на резултатите от изпълнението им по отношение на здравното състояние на пациентите;
- Пасивно реимбурсиране на дейностите, отчитани от увеличаващия се брой договорните партньори, особено в болничната помощ;
- Намаляващ административен капацитет на НЗОК;
- Неефективна информационна система, незадоволяваща нуждите на оперативното и стратегическо управление.

Какво направихме за 2 години:

- През 2015 г. в ЗЗО бяха въведени промени, имащи съществено значение за осъществяването и оптимизацията на задължителното здравно осигуряване в страната.
- Чрез приетия от НС на 16.06.2015 г. ЗИД на ЗЗО се възстанови договорното начало между НЗОК и съсловните организации при определянето на методиките за остойностяване и заплащане на медицинските дейности и условията и реда за контрол по изпълнението на договорите.
- Законите промени задължиха НЗОК да закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност.
- Вменено бе задължението на Надзорния съвет на НЗОК да разпределя обемите на видовете медицинска помощ на областно ниво.
- Директорите на регионалните здравноосигурителни каси бяха натоварени с нови задължения, а именно да сключват, изменят и прекратяват договорите за лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), за медицински изделия и за диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната с притежателите на разрешения за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека, както и да закупуват от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности в рамките на обема, определен за съответната РЗОК.

- Новите промени доведоха до оптимизиране на процеса на договаряне и спазване на бюджетната дисциплина, при който бе спазен принципът, че НЗОК закупува медицинска помощ само в рамките на обемите, договорени в НРД.
- Възстановен бе института на арбитражните комисии, които да разглеждат становищата на проверените лица – изпълнители на медицинска помощ, в случай на констатирани нарушения на НРД. Това дава възможност случаите да се обсъждат от практикуващи специалисти в съответните области, което ще доведе до реални резултати от проверките на качеството на медицинската помощ.
- С цел повишаване на качеството на процесите по осъществяване на контрол върху изпълнителите на медицинска помощ се създаде правна регламентация за извършване на съвместни проверки за спазване на правилата за добра практика, на утвърдените медицински стандарти, на Закона за здравното осигуряване и на НРД. Те се осъществяват от РЗОК, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, РЗИ и съсловните организации на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър – фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.
- Важен момент в измененията на ЗЗО бе реструктурирането на пакета от медицински услуги, който заплаща НЗОК, чрез разделянето му на основен и допълнителен. След влизане в сила на закона извършихме подробен анализ на съдържанието на всички пакети за медицинска дейност, реимбурсацията на лекарствени продукти и медицински изделия, финансирани от бюджета на НЗОК. На базата на извършения анализ разработихме Наредба за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. В основния пакет бяха включени всички социално-значими заболявания, които причиняват около 90% от смъртността и инвалидизацията, заболяванията и състоянията, които налагат незабавно лечение, както и състоянията, свързани с майчиното и детското здравеопазване. В допълнителния пакет попадаха състояния, чието лечение може да бъде отложено, без това да застраши живота на пациентите или доведе до влошаване на тяхното здраве. Промяната бе обоснована от необходимостта за концентриране на ресурсите за осъществяване на дейности, интервениращи върху основните здравни проблеми на населението и подобряване на здравните показатели на населението. Разделянето на пакета целеше да се прецизира медицинската помощ, закупувана от НЗОК, в зависимост от социалната значимост на заболяванията и оптимално необходимото време за тяхното лечение. Поради отмяна с решение на Конституционния съд на нормативното основание за издаване на наредбата, същата бе отменена. Съобразявайки се с основанията на Конституционния съд, който не оспорва законосъобразността на разделянето на пакетите, а само липсата на посочени в закона критерии, по които става това разделяне, ние подготвихме и внесохме в Министерски съвет промяна в Закона за здравното осигуряване. Законопроектът бе приет от Министерски съвет и внесен в Народното събрание през м. септември 2016 г. С цел преодоляване на празнината в нормативната уредба след решението на Конституционния съд ние своевременно утвърдихме нова Наредба № 2, регламентираща пакета здравни дейности, заплащани с бюджета на НЗОК.
- С новата Наредба № 2 за основния пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК създадохме условия за гарантиране на достъпа на гражданите до медицинска помощ на всички нива на системата при максимално ефективно използване на ресурсите. Основен акцент бе създаването на условия за разширяване на услугите, предоставяни в извънболничната помощ и намаляване на ненужния болничен престой. В тази връзка с наредбата въведохме голям брой (42) „амбулаторни процедури“ за лечение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение.

Едновременно с това, предвидихме възможността всяка клинична пътека с престой до 3 дни да може да бъде изпълнена и приключена като амбулаторна процедура когато при конкретни пациенти липсва медицинска целесъобразност от продължение на болничното лечение след изпълнен лечебно-диагностичен алгоритъм и постигнат здравен резултат преди договорения с НРД минимален престой. По този начин се осигури по-голяма клинична свобода на лекуващите лекари и възможност за избягване на излишния болничен престой на пациентите и свързаните с него рискове.

- Ключова промяна, свързана с реализация на приоритета е създадения в ЗИД на ЗЛЗ механизъм за селективен подбор от страна на НЗОК на изпълнители на болнична помощ в областите, в които има излишък на болнични легла съгласно Националната здравна карта. Критериите и по реда, по който се осъществява изборът, бяха определени с наредба на министъра на здравеопазването, приета от Министерски съвет през февруари 2016 г. С наредбата се въведе нов механизъм за планиране и осигуряване на медицинските дейности, заплащани с публичен ресурс на териториален принцип, съобразно потребностите на населението и нуждите на националната система на здравеопазване. Изборът на лечебно заведение се осъществява въз основа на резултатите от оценяване по пакет от критерии, включващи както общи критерии за лечебното заведение, така и специфични за конкретната медицинска дейност. За всеки отделен критерий са разписани индикатори, по които да се извършва обективна оценка на базата на брой точки съгласно определени стойности на измерване на изпълнението на всеки индикатор.
- Друга ключова стъпка, свързана с реализация на политиката за осигуряване на достъпно и качествено здравеопазване е направената през 2016 г. промяна в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. С цел гарантиране на своевременния достъп на здравноосигурените лица до медицинската помощ в обхвата на пакета здравни дейности, заплащана от НЗОК, прецизирахме текстовете, регламентиращи пътя на пациента на съответните нива на системата за здравеопазване – първична и специализирана извънболнична и болнична помощ. Особено внимание обърнахме на реда за насочване и приемане на пациент за болнично лечение. Подробно се регламентира приемът на пациентите в диагностично-консултативния блок и спешните отделения на болниците, в т.ч. прием за незабавно лечение, планов прием, насочване към друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ. Променихме съществуващият регламент за формиране на листи на пациентите, чакащи за планов прием, като въведохме максимален срок от 2 месеца, в рамките на който да бъде планиран приема на пациентите за болнични дейности, които не изискват незабавно лечение. С цел създаване на ефективни механизми за осъществяване на планов прием в условията на пълна прозрачност въведохме изискване лечебните заведения да публикуват актуална информация за листата си за планов прием, включваща поредността на пациентите и определените дати за това, както и изискване НЗОК да поддържа и публикува на интернет-страницата си национална листа за планов прием на лечебните заведения, с които има договор за болнична помощ. Заложихме и изрично изискване за спазване на поредността на вписване на пациентите в листата на чакащите.
- С промените в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ прецизирахме допълнителните услуги, които лечебните заведения могат да предлагат срещу заплащане по желание на пациентите, но само в случай, че са осигурили необходимите общи грижи и поисканите услуги се различават от тях. Забранихме изрично допълнително заплащане за престой за придружител на деца на 7 годишна възраст, както за придружител за деца до 18 години, които се нуждаят от осигуряване

на допълнителни грижи и на лица с увреждания, които не могат да се обслужва самостоятелно.

- В Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ предвидихме механизъм здравноосигурените лица да разрешават регистриране на ползваните от тях здравни услуги, гарантирани от страна на НЗОК към конкретния изпълнител чрез електронна идентификация. По този начин на пациента се даде правото да удостоверява лично пред обществения фонд, че съответната услуга му е била предоставена. През 2016 г. НЗОК изгради система за електронна автентификация на пациентите, която от 01.11.2016 г. функционира във всички лечебни заведения за болнична помощ.
- С приемането на Закона за бюджета на НЗОК за 2016 г. бяха направени изменения и допълнения на ЗЗО, които целяха подобряване на контролната дейност, осъществявана от НЗОК, според които се регламентират различни видове контрол - внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол. Регламентиран бе ред длъжностните лица - служители на НЗОК самостоятелно да извършват проверки на територията на цялата страна, като и ред длъжностни лица от РЗОК –контрольори да осъществяват контрол на територията на друга РЗОК, след заповед на управителя на НЗОК.
- През 2015 и 2016 г. в областта на контролната дейност на НЗОК в болничната помощ бяха приложени систематично и развити някои нови подходи:
 - Започна пълноценното използване на капацитета на въведената „Специализирана информационна система за бизнес анализи“ (СИСБА/Бизнес - анализатор), чрез който лечебните заведения, в които се извършва проверка, се избират на основание на определени критерии – завишаване на обемите на отчитаната дейност, промяна в обичайния брой и структура на отчитаните диагнози и медицински процедури, вид и брой на отчитаните медицински изделия, необичаен брой хоспитализирани пациенти.
 - Друг механизъм, въведен в дейността на НЗОК, който води до повишаване на ефективността на финансовите средства, заплащани от НЗОК и ограничаване на излишните и нецелесъобразните разходи, е изготвянето на периодични анализи по критични болнични дейности/теми, както и за лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ. Сравнителните анализи за лечебните заведения се извършват на базата на дейността им от предходни периоди – години и месеци, сравнения с други лечебни заведения със сходен капацитет или лечебни заведения със сходна дейност, обем на надlimitна дейност, дублирани случаи, рехоспитализации, стойност на преминал пациент, структура на отчитаната дейност, жалби и сигнали. Тези анализи служат освен в контролната дейност, но и за корекции в диагностично-лечебните алгоритми с цел оптимизация на дейността.
 - Наред с рутинните процедури по междинен одит през 2015 г. беше апробиран нов механизъм за извършване на контрол на медицинската документация на всички хоспитализирани пациенти в момента на чекирането им като хоспитализирани, както и след чекирането на пациентите като дехоспитализирани. Основният акцент се постави върху индикациите за хоспитализация с особено внимание към наличието на изискуемите по клинични пътеки индикации при спешна хоспитализация. Направи впечатление, че в течение на периода на апробацията броя на хоспитализираните ЗОЛ видимо намалява.
 - С цел подобряване на контрола бяха извършени медицински проверки на отчетените и заплатени случаи на хоспитализации на пациенти по клинични пътеки, по които са реализирани разходи, надхвърлящи прогнозни стойности за

тримесечието. За целта са разработени нови алгоритми за повишаване на ефективността на контрола, унифициране на процедурите и механизмите за проверка на дейността на договорните партньори в критични области, при които са реализирани високи темпове на увеличаване на разходите. Резултатът от проверките е възстановяване на неправомерно взетите от лечебните заведения за болнична помощ суми, в които са констатирани нарушения в условията и реда при осъществяване на лечение на онкологично болни пациенти.

- Чрез ЗИД на ЗЗО беше въведено и централизирано договаряне на различни видове отстъпки на лекарствени продукти между НЗОК и притежателите на разрешения за употреба или техни упълномощени представители, с оглед намаляване на разходите на НЗОК. До края на 2016 г. се очаква да бъдат възстановени от притежателите на разрешение за употреба на лекарствени продукти 58 225 000 лв. на НЗОК, от договорени отстъпки за девет месечен период на 2016 г.
- Създаден бе механизъм за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в позитивния лекарствен списък за лекарствени продукти, които увеличават разходите на НЗОК. Така се гарантира по-добра прогнозируемост на разходите за тези лекарствени продукти. Договарянето стартира през м. октомври 2016 г. и все още продължава.

Какво предстои:

- Проектобюджетът на НЗОК за 2017 г. е увеличен с 248 млн. лева, което представлява ръст от 7,7% в сравнение с 2016 г. и с 404 706 млн. лв. повече в сравнение с 2014 г., което представлява ръст от 13,3 %.
- Предстои разглеждане в Народното събрание на законопроекта за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване, въвеждащ критерии за разделяне на пакета здравни дейности, заплащан от НЗОК на основен и допълнителен.
- Министерство на здравеопазването ще подпомогне методологически процеса на остойностяване на медицинските дейности.

ПРИОРИТЕТ 10.5. ПАКЕТ ОТ МЕРКИ ЗА ПОВИШАВАНЕ СЪБИРАЕМОСТТА НА ЗДРАВНИТЕ ВНОСКИ

Какво наследихме:

- Несъответен размер на вноската, която държавата заплаща за категориите граждани, които осигурява;
- Задържане на значителен дял на здравнонеосигурените лица при неефективен механизъм за санкциониране на нередовните платци

Какво направихме за 2 години:

- В съответствие с политиката за устойчиво повишаване на средствата за здравеопазване, в ЗИД на ЗЗО са въведени мерки за поетапно увеличаване с 5% на размера на вноската, която държавата заплаща за категориите граждани, които тя осигурява, до достигане на пълният размер на вноската през 2025 г.
- Като част от мерките за подобряване на събираемостта на здравноосигурителните приходи и повишаване на приходната част на бюджета на НЗОК бяха въведени допълнителни мерки за повишаване на отговорността на гражданите да участват с личния си принос в солидарния модел, с цел да се сведе до възможния минимум броят на здравно неосигурените лица по причини, свързани с редица ограничения от недобронамерен и субективен характер, които изкривяват системата и нарушават

принципите на солидарност и равнопоставеност. С тази цел бе вдигнат прага за възстановяване на здравноосигурителните права от 36 месеца на 60 месеца.

- В резултат на провежданата правителствена политика и приетите промени в ЗЗО, през 2015 г. постъпилите здравноосигурителни приходи в НЗОК са в размер на 3 088 788 хил. лв. и представляват 98,6% от отчетените приходи и трансфери. В сравнение със същия период на предходната година се отчита ръст със 185 635 хил. лв. или с 6,4%, основно от здравноосигурителни вноски.
- Постъпилите към 31.12.2015 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 2 110 509 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,9% спрямо заложените в годишен план за 2015 г. средства. В сравнение със същия период на 2014 г. се отчита ръст със 182 616 хил. лв. или с 9,5%.
- Според изготвеният от дирекция „Управление на риска“ при НАП анализ за здравно неосигурените лица в България, броят на здравно осигурените лица към дата 3.10.2016 г. е 6 370 634. Анализът отчита приблизителните оценки на външни институции за българските граждани, пребиваващи продължително или постоянно извън страната, и не потвърждава често оповестяваните в медиите данни за несъбрани здравни вноски от над два милиона български граждани, тъй като повече от 1,5 млн. от тях не дължат такива, предвид трайното им пребиваване в чужбина. Българските граждани, които подлежат на задължително здравно осигуряване в страната, но не са здравно осигурени са 517 753 лица и представляват около 7% от населението на Р България.

Какво предстои:

- Ще продължим да полагаме усилия за подобряване на качеството на предоставяните здравни услуги в обхвата на задължителното здравно осигуряване, при максимално ефективно използване на наличните ресурси, което да мотивира българските граждани да участват в солидарния модел на общественото здравно осигуряване.

ПРИОРИТЕТ 10.6. ЗАПАЗВАНЕ И РАЗВИТИЕ НА КАДРОВИЯ ПОТЕНЦИАЛ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА ЧРЕЗ НОВ МЕХАНИЗЪМ НА ЗАПЛАЩАНЕ НА РАБОТЕЩИТЕ

Какво наследихме:

- Липса на обективни критерии за прозрачно и справедливо заплащане на труда, водещо до демотивация и корупционни практики
- Липса на механизъм за обвързване на заплащането на работещите в системата на здравеопазване, с образователно-квалификационната степен и постигнатите резултати

Какво направихме за 2 години:

- Създадохме работна група от експерти от МЗ и НЗОК, която да разработи изцяло нова система за прозрачно и обективно остойностяване на медицинските дейности, в т.ч. труда на медицинските специалисти.
- Разработен е проект на стандарти за остойностяване на медицинските дейности, елемент от които е остойностяването на труда на медицинските специалисти.
- В процеса на остойностяване на медицинските дейности работим съвместно с експерти от БЛС, който разработва методика за остойностяване на труда на медицинските специалисти.

Какво предстои:

- Като резултат от дейността на работната група ще бъде предложен модел на обективен механизъм за остойностяване на труда на медицинските специалисти по амбулаторни процедури.
- До края на 2016 г. работната група ще извърши тестово моделиране на цялостния процес на остойностяване на медицинските дейности.

ПРИОРИТЕТ 10.7. ЕФЕКТИВНО ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ И КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ НА БЪЛГАРСКИТЕ ГРАЖДАНИ

ПРИОРИТЕТ 10.8. ЗАДЪЛЖАВАНЕ НА НЗОК ДА ЗАКУПУВА ЛЕКАРСТВА ЧРЕЗ ПРОЗРАЧНА И КОНКУРЕНТНА ПРОЦЕДУРА

Цел: Повишаване на ефективността на лекарственото лечение с цел подобряване качеството на живот на пациентите и намаляване на разходите за лечение

Цел: Въвеждане на механизми за прозрачност и конкурентност при заплащане на лекарствени продукти и медицински изделия от НЗОК

Какво наследихме:

- Нарастващи публични и частни разходи за лекарствено лечение;
- Липса на механизми, стимулиращи рационална лекарствена употреба;
- Липса на механизъм за договаряне на отстъпки за лекарствените продукти, заплащани с публични средства,
- Липса на фармако-терапевтични ръководства за оценка ефективността на прилаганата терапия,
- Липса на оценка за ефикасна и ефективна лекарствена терапия

Какво направихме за 2 години:

- С публикуваното през месец ноември 2015 г. Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти беше въведена процедура за поддържане на реимбурсния статус на лекарствените продукти на период от три години чрез периодична последваща оценка на лекарствен продукт, включен в позитивния лекарствен списък, въз основа на доказателства за ефикасност, терапевтична ефективност, безопасност и анализ на фармако-икономически показатели. За 2016 г. в НСЦРЛП са постъпили като приход 1 600 000 лв. от такси за поддържане на реимбурсен статус.
- Приета бе Наредба № 10 за договаряне на задължителни отстъпки, която регламентира задължителното централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени заболявания, лекарствени продукти за домашно лечение, както и за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща в изпълнение на национални програми със средства от бюджета на МЗ. В резултат на това до момента НЗОК е сключила договори за 43,5 милиона лева задължителни отстъпки, спрямо договорените през предишните години 500 000 лв. отстъпки на годишна база. За първи път НЗОК има информация от притежателите на разрешение за употреба за очакваните разходи за лекарствени продукти за 2016 г.
- През м. декември 2015 г. беше обнародвана Наредба № 9 за извършване на оценка на здравните технологии. Оценката на здравните технологии има за цел да предостави информация относно безопасността, клиничната ефикасност и ефективност,

разходите, социални, правни и етични последици от прилагането на лекарствени продукти в здравеопазването. Това дава възможност за обективна оценка на качество, полза и цена за всеки нов лекарствен продукт на база съществуващата вече алтернатива. На интернет-страницата на НЦОЗА към момента са публикувани 10 доклада на Комисията за оценка на здравните технологии, утвърдени със заповед на директора на НЦОЗА.

- През 2015 г. стартира процедура по предоставяне и съгласуване на изготвени от страна на научните дружества фармако-терапевтични ръководства. До м. ноември 2016 г. вече има шест приети от НСЦРЛП фармако – терапевтични ръководства – по медицинска онкология, по неврология, по детска клинична хематология, по онкология и др. Други 15 ръководства са в процес на утвърждаване.
- Регламентира се позицията на клиничния фармацевт – неговото място в работата на аптеките на лечебните заведения е от изключителна важност за осигуряване на ефективност и ефикасност при използването на лекарствените продукти.
- Въведено е централизирано приготвяне на лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента.
- Чрез Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти е въведено задължително условие за включване на лекарствен продукт в ПЛС наличието на сключен договор за отстъпка между ПРУ на продукта и НЗОК. Създаден е допълнителен механизъм за регулиране на цените на лекарствени продукти, за които не са били открити цени на производител в референтните за България страни или съответно не е била намерена цена на опаковка за тези продукти. Тази промяна гарантира обхващането на всички лекарствени продукти, по отношение на държавното регулиране на цените на производител и води съответно до намаляването на ценовите разлики между отделните продукти, в рамките на едно международно непатентно наименование.
- Регламентирахме ограничаване на ценовият диапазон на доплащането за пациента да не бъде повече от 60 % от стойността на опаковката на референтния продукт в групата, както и изключване от ПЛС на продукт за който в рамките на 6 месеца НЗОК е извършила плащане по-малко от 3 % от общата стойност на лекарствените продукти в групата.
- На 19.10.2016 г. публикувахме за обществено обсъждане проект на ЗИД на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, с който се предлагат промени в следните основни насоки:
 - създаване на Национална аптечна карта и на предпоставки за подобряване на достъпа на гражданите до аптеки за осигуряване на лекарствени продукти;
 - регламентиране на мерки за наблюдение на лекарствени продукти и за ограничаване на износа им при необходимост;
 - оптимизиране на дейността по провеждане на клинични изпитвания и създаване на условия за прилагане на Регламент (ЕС) № 536/2014 на Европейския парламент и на Съвета относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба, и за отмяна на Директива 2001/20/ЕО (ОВ L 158/2014) (Регламент (ЕС) № 536/2014);
 - създаване на възможности за осигуряване на лекарствени продукти при липса или недостиг на такива на българския пазар, както и за заплащане с публични средства на лекарствени продукти, които са изключени от Позитивния лекарствен списък и нямат алтернатива за лечение с друг лекарствен продукт;
 - създаване на възможност за прилагане на лекарствени продукти за показания извън одобрените такива;

- възможност за генерично заместване на лекарски предписания;
- създаване на „мобилни аптеки“ с цел подобряване на достъпа на пациентите до лекарствени продукти.
- Прецизирахме МКБ кодовете в Приложение № 2 на ПЛС, предназначени за лечение на онкологични заболявания.
- Утвърдихме Наредбата за критериите за определяне на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща напълно или частично лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели. До 01.01.2016 г. Надзорния съвет на НЗОК трябва да издаде списък със заболяванията, които НЗОК ще заплаща за домашно лечение. За първи път има облекчен режим за редките болести.
- През 2015 г. МС одобри разработената от нас Концепция за централен орган за възлагане на обществени поръчки в сектор „Здравеопазване“ (ЦОВОПСЗ), разработена от МЗ съвместно с Центъра за превенция и противодействие на корупцията и организираната престъпност. Създаването на електронната платформа ще даде възможност за по-бърз и качествен отговор на нуждите на възложителите, за увеличаване на конкуренцията и за постигане на по-изгодни условия за възложителите в сектора. Разширеното използване на електронни способи и средства и интегрирането на платформата със съществуващите електронни регистри ще допринесе в значителна степен и за ефективното противопоставяне и недопускане на корупция в сектора.
- За изпълнение на този приоритет през 2016 г. инициирахме подписване на многостранно споразумение между държави от Централна и Източна Европа за достъп до ефективно лекарствено лечение. Целта на тази инициатива е да се насърчи договарянето на отстъпки за лекарствени продукти съвместно между държавите с оглед постигане на по – голяма ефективност на договорния процес, тъй като през последните години разходите за лекарствени продукти постоянно нарастват. Държавите, участвали със свои представители бяха България, Хърватия, Естония, Унгария, Латвия, Македония, Румъния, Сърбия, Словакия, Словения, Република Молдова и Полша.
- В рамките на тези работните срещи на ниво министри се приеха декларации, в които беше заявена обща воля за обединяване на усилията за осигуряване на достъп на пациентите на държавите до ефективно лекарствено лечение.
- Подготвихме проект на Споразумение, в който договарящите страни отчитат, че общото споразумение с притежатели на разрешения за употреба на лекарствени продукти представлява и механизъм за контрол на публичните им разходи за здравеопазване и за споделяне на риска и тежестта от тяхното нарастване с притежателите на разрешения за употреба на лекарствени продукти. Договарящите страни се съгласяват да си съдействат и за осигуряване на лекарствени продукти при липса или недостиг в някоя от тях, при условия и по ред, предвидени в националното им законодателство.
- Постигането на тази международна договореност ще позволи съвместни действия между държавите за осигуряване на лекарствени продукти на достъпни цени.

Какво предстои:

- Приемане на ЗИД на Закона за лекарствените средства в хуманната медицина.
- Разработване и приемане на аптечна здравна карта;
- Стартиране на ЦОВОПСЗ, първоначално с провеждането на процедури за възлагане на обществени поръчки с цел сключване на рамкови споразумения за доставка на лекарствени продукти само от името и за сметката на лечебните заведения за болнична

помощ. На втори етап, се предвижда да се разшири обхвата на субектите, които ползват услугите на ЦОВОПСЗ, като в системата се включат и другите лечебни заведения, които имат качеството на възложител по смисъла на Закона за възлагане на обществените поръчки. На третият етап ще се разшири и обсега на стоките, обхванати в електронния каталог.

Цел: Подобряване здравето на населението и повишаване качеството на живот чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемостта и последствията за здравето

Какво наследихме:

- Хроничните незаразни болести (ХНБ) са основна причина за смъртността и инвалидността в България;
- Посочените болести са в пряка корелация с негативните тенденции за здравето състояние на населението в страната, като над 80 % от смъртните случаи се дължат на тях;
- Значително разпространение на рисковите фактори за развитие на ХНБ (употреба на тютюн и тютюневи изделия, злоупотреба с алкохол, злоупотреба с наркотични вещества, нездравословно хранене и ниска физическа активност);
- Неизпълнение на дейностите по Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020.

Какво направихме за 2 години:

- През 2014 г. осигурихме изпълнението на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014 -2020 г., чиято стратегическа цел е подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живота чрез намаляване на преждевременната заболяемост, последствията за здравето (инвалидизация) от основните хронични болести и смъртността. Основните дейности на програмата са насочени към ограничаване факторите на риска (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност), водещи до хронични незаразни болести, повишаване здравната култура на населението и провеждане на скрининг за ранно откриване на социално-значими злокачествени новообразувания. През двугодишния период се реализираха основно промотивни дейности (кампании, кръгли маси, обучения и конкурси, популяризиращи здравословния начин на живот), както и Национално представително проучване по 4-те фактори на риска за здравето, които водят до най-често срещаните хронични незаразни болести.
- Във връзка с мерките за намаляване на търсенето на наркотици инициирахме промени в Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП), които бяха обнародвани на 03.06.2016 г. Промените са в изпълнение на Плана за намаляване на регулаторната тежест за бизнеса, с цел оптимизиране на регулаторните режими в областта на наркотичните вещества и е в съответствие с мерките, залегнали в Националната програма за развитие 2020. С цел предотвратяване на злоупотреби с издаденото разрешение за пренасяне през границата за лична употреба на лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества за лечение, извън периода на пътуване зад граница, беше регламентиран изричен срок на валидност на разрешението. Въведохме и административно-наказателна отговорност за нарушаване на условията и реда за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди.
- С Постановление на МС № 148 от 20.06.2016 г. беше прието изменение и допълнение на Наредбата за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични,

като под национален контрол включихме 11 нови наркотични вещества в Списък „Растения и вещества с висока степен на риск за общественото здраве, поради вредния ефект от злоупотребата с тях, забранени за приложение в хуманната и ветеринарната медицина“. Това се налага поради наличните данни за трафика и разпространението им на територията на Република България и риска от злоупотреба с тях.

- С Постановление на МС № 359 от 03.10.2016 г. е приета нова Наредба за условията и реда за разрешаване на дейностите, с която регламентирахме условията и редът за разрешаване на физически и юридически лица да произвеждат, придобиват, внасят, изнасят, съхраняват и използват ограничени количества от растенията и веществата (от списъците по чл. 3, ал. 2, т. 1, 2 и 3 от ЗКНВП) и техни препарати и прекурсори, за медицински, научни и лабораторни изследвания, за образователни цели, както и за поддържане работното състояние на служебните кучета, разкриващи наркотични вещества. С Наредбата определихме максимално количество на веществата от Списък I с оглед високата степен на риск за общественото здраве, поради вредния ефект от злоупотребата с тях.
- С цел ранна диагностика на онкологичните заболявания през 2015 г. и 2016 г. са финансирани дейностите за скринингови прегледи и изследвания за ранно откриване на три водещи по заболеваемост и смъртност онкологични заболявания: рак на млечна жлеза, рак на шийката на матката, рак на дебелото и правото черво.
- През м. септември 2015 г. стартира реалното изпълнение на приетата Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г., за която бе осигурен финансов ресурс от 2 млн. лв. Основната част от средствата бяха предоставени на лечебни заведения за различни дейности, насочени към финансиране на здравни дейности, за които няма осигурено финансиране от други източници и имат значителен здраве ефект, свързан с ранната диагностика и комплексното лечение на определени заболявания.
- Чрез програмата бе въведен масов универсален неонатален слухов скрининг с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени, като бяха сключени договори за финансиране с всички лечебни заведения, в които има разкрити родилни отделения. За периода на изпълнение на дейностите са изследвани близо 50 000 деца.
- По програмата бяха разкрити 31 Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве във всички областни градове, в които лекари и други медицински и немедицински специалисти: логопеди, психолози, социални работници ще осигуряват консултативни и логистични дейности, свързани с организиране на комплексното медицинско наблюдение на деца, бременни жени с повишен медицински риск или наличие на хронични заболявания и увреждания. Данните към ноември 2016 г. сочат, че в центровете са предоставени над 15 000 медицински и психологически консултации.
- В подкрепа на тези центрове и за осигуряване на високоспециализирани консултации за деца с определени заболявания, към определени болници в рамките на програмата в 11 университетски болници бяха разкрити 13 специализирани здравно-консултативни комисии за следните групи заболявания при деца: диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени хематологични заболявания, муковисцидоза, недоносени деца, ДЦП.
- В рамките на програма са осигурени средства за заплащане на дейностите по пренатална диагностика на бременността в генетичните лаборатории към университетските болници в гр. София, Пловдив, Варна, Плевен и Стара Загора. По програмата са изследвани над 17 000 бременни жени.

- На Националния център по общественото здраве и анализи беше възложено изготвянето на статистическо проучване и анализ на показателите за детско здраве в отделните области на страната (за 3-годишен период, 2012-2014 г.), с изработване на Карта на заболяемостта по групи заболявания по области.
- В съответствие с тази политика предложихме промени в Закона за лечебните заведения, които бяха приети през 2015 г., с които бе въведен нов вид лечебно заведение – център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, който ще осигури „под един покрив“ комплекс от медицински услуги, включващи подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психо-социална рехабилитация; продължително лечение и рехабилитация, обучение на родителите; осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална услуга резидентен тип; осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца. През 2016 г. беше утвърден и Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на централите.
- Важен акцент и стъпка напред в цялостната политика по отношение на грижите за детското и майчино здраве са предложените от нас и приети от Народното събрание промени в Закона за здравето, свързани с регламентирането на интегрирани здравно-социални услуги, имащи за цел надграждане и развитие на модела за грижа за уязвимите групи, в т.ч. бременни жени, майки и деца.
- През 2015 г. Министерство на здравеопазването завърши първият етап от процеса на деинституционализация на децата до 3-годишна възраст чрез реструктуриране на 8-те пилотни ДМСГД в общините Габрово, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, Русе, София и Търговище в рамките на проект "ПОСОКА: семейство". От 01.10.2015 г. реструктурираните 8 ДМСГД са закрити, а на тяхно място са разкрити и работят нови услуги, гарантиращи ранната превенция на изоставянето и правилно развитие на детето в естествената му среда:
- С особено внимание бе подхотено към създаването на услуги от резидентен тип за децата с тежки увреждания, имащи потребност от постоянни медицински грижи. Със съвместните усилия на МЗ и МТСП бе разработена концепция и методология за функционирането на Център за настаняване от семеен тип за деца/младежи, в които се отглеждат деца/младежи с потребност от постоянни медицински грижи като специфичен вид социална услуга и интеграцията на този вид услуга с лечебните заведения от системата на здравеопазване. С оглед гарантиране на грижата за децата, настанени в тези услуги, МЗ финансира чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения за 2015 г. областните лечебни заведения за болнична помощ в градовете, в които има разкрити такива ЦНСТ за осигуряване на наблюдение и 24-часова консултативна помощ.
- Освен ДМСГД, включени в Проект „ПОСОКА: СЕМЕЙСТВО“ през 2015 и 2016 г. по предложение на МЗ са закрити още 4 институции - ДМСГД – Ветрен, ДМСГД – Разград и ДМСГД Шумен.
- През 2015 г. Министерство на здравеопазването стартира редица политики в областта на репродуктивното и детското здраве с външно финансиране по Програма BG 07 „Инициативи за общественото здраве“, осъществявана чрез финансовата подкрепа на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм 2009 – 2014 г. За периода от 1 г. от управление на правителството е постигнат напредък, като са договорени над 95% от всички средства по програмата в размер на 14 144 945 евро (27 665 108 лева). Благодарение на това е възможно изпълнението на проекти в областта на репродуктивното здраве и детско

здравеопазване: един предварително дефиниран проект и 14 проекта за подобряване достъпа до качествени услуги за сексуално и репродуктивно здраве на юноши на възраст от 10 до 19 години с акцент върху уязвимите групи, най-вече роми и хора, живеещи в отдалечени райони; подобряване на достъпа до и качеството на грижите за деца с психични, генетични и онкохематологични заболявания (с акцент върху деца, страдащи от церебрална парализа, сърдечно-съдови заболявания, аутизъм и младежи, страдащи от хранителни разстройства) и соматични увреждания, причинени от инфекциозни заболявания (като полиомиелит, бактериален менингит, морбили, туберкулоза, ХИВ/СПИН и т.н.) и предоставяне на здравни услуги по домовете на бременни жени и деца до 3 години за групи в риск с акцент върху ромите на обща стойност 9 655 964 евро. В рамките на тези проекти ще бъдат осигурени средства за обновяване на апаратурата и обучение на медицинските специалисти от акушеро-гинекологичните и неонатологичните отделения в областните и университетски болници.

- В продължение на политиката на Министерство на здравеопазването по отношение на деинституционализацията, предприета през 2010 г. и очертана в Насоките за деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи, е разработен проект на Концепцията за закриване на домовете за медико-социални грижи за деца и развитие на система от здравни и интегрирани здравно-социални услуги за деца и семейства „Здраве за всички деца“ 2016-2025 г., който предстои да бъде разгледан в Министерски съвет. Визията и стратегическата цел, формулирани в концепцията, остават с ясен фокус върху деинституционализацията, но с по-голям акцент върху реформа на здравната система, насочена към подобряване на достъпността и качеството на здравните грижи в подкрепа на превенцията на разделянето на децата от техните семейства и подобряване на благосъстоянието на децата чрез развитие на система от здравни и интегрирани здравно-социални услуги.
- През 2015 г. Министерство на здравеопазването стартира редица политики в областта на репродуктивното и детското здраве с външно финансиране по Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“, осъществявана чрез финансовата подкрепа на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм 2009 – 2014 г. За периода от 2 г. от управление на правителството е постигнат напредък, като са договорени над 95% от всички средства по програмата в размер на 14 343 977 евро (28 054 381 лева). Благодарение на това през 2015 г. стартира изпълнението на проекти в областта на репродуктивното здраве и детско здравеопазване: един предварително дефиниран проект и 15 проекта за подобряване достъпа до качествени услуги за сексуално и репродуктивно здраве на юноши на възраст от 10 до 19 години с акцент върху уязвимите групи, най-вече роми и хора, живеещи в отдалечени райони; подобряване на достъпа до и качеството на грижите за деца с психични, генетични и онкохематологични заболявания (с акцент върху деца, страдащи от церебрална парализа, сърдечно-съдови заболявания, аутизъм и младежи, страдащи от хранителни разстройства) и соматични увреждания, причинени от инфекциозни заболявания (като полиомиелит, бактериален менингит, морбили, туберкулоза, ХИВ/СПИН и т.н.) и предоставяне на здравни услуги по домовете на бременни жени и деца до 3 години за групи в риск с акцент върху ромите на обща стойност 9 956 371 евро (19 472 969 лева). В рамките на предварително дефинирания проект са осигурени средства за обновяване на апаратурата и обучение на медицинските специалисти от акушеро-гинекологичните и неонатологичните отделения в областните и университетски болници.
- По проектите се създават специализирани центрове за предоставяне на адаптирани грижи спрямо специфичните нужди на децата, което ще допринесе за по-качествено

предоставяне на здравна грижа и на включване в социалния живот, ще се осигури обучение на медицински и други специалисти и персонал, полагащи грижи за децата, както и на членовете на семействата за предоставяне на специализирани грижи.

- През 2016 г. разработихме проект на нова Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции 2016-2020 г. Основните приоритети са запазване на обхвата на превенцията с оглед недопускане на епидемия от ХИВ и подобряване на качеството на живот на хората, живеещи с ХИВ. Специфичните целеви групи от населението, които са включени в новата програма са: лица, инжекционно употребяващи наркотици; мъже, които правят секс с мъже; маргинализирани етнически общности в риск; лица, лишени от свобода; лица, предлагащи сексуални услуги, и техните клиенти; лица, търсещи и получили международна закрила, мигранти и мобилно население; млади хора, деца и млади хора в риск; хора, живеещи с ХИВ, и техните партньори и близки. Нашата цел е да постигнем следните резултати:
 - Задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната - под 1% през 2016 г.;
 - Задържане на ниското на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. – под 1% през 2016 г.
- През 2016 г. разработихме и проект на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата 2016-2020 г. Основните приоритети на проекта са да се намали трансмисията на туберкулозната инфекция и ограничи развитието на лекарствена резистентност. Групите в риск, към които са насочени дейностите в програмата, са: лица лишени от свобода; ромска общност; лица с наркотична зависимост; лица с алкохолна зависимост; бежанци и лица, търсещи убежище; мигранти; деца на улицата и млади хора в риск; хора, живеещи с ХИВ/СПИН. Очакваните резултати са намаляване на заболяемостта от туберкулоза; подобряване на изхода от лечението на новооткритите болни и ограничаване на хроничните случаи и пациентите с MDR-TB и XDR-TB.
- Ратифицирано със закон е ново Рамково споразумение между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Р България, приет на 43-то Народното събрание на 02.03.2016 г. за изпълнение на Програма "Подобряване на устойчивостта на Националната програма по туберкулоза".

Какво предстои:

- Изпълнение на мерките, предвидени в Концепцията за деинституционализация на децата в Домовете за медико-социални грижи за деца, насочени към закриване на останалите ДМГСД в системата на МЗ и заместването им с подходящи здравни и социални услуги, на базата на опита от осъществените до момента проекти и стратегическите цели, заложи в Националната здравна стратегия 2020.
- Изпълнение на дейностите, предвидени в Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020, Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014 -2020, Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции 2016-2020 и Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата 2016-2020.

Цел: Ограничаване на заболяемостта и смъртността от инфекциозни заболявания чрез усъвършенстване и подобряване ефективността на епидемиологичния надзор, профилактиката и контрола на заразните болести

Какво наследихме:

- Липса на договорености, гарантиращи необходимите видове и количества ваксини за осигуряване непрекъснатост на имунизационния процес през следващите години;
- Затруднения, свързани с технологичния процес на производителите на ваксини на европейско ниво
- Нарастващ бежански натиск, свързан със значим епидемиологичен риск

Какво направихме за 2 години:

- През м. декември 2014 г. обявихме обществена поръчка за сключване на рамкови споразумения със срок 48 месеца за доставка на ваксини за задължителни и целеви имунизации. Поради неявяване на нито един кандидат бяха прекратени 8 от общо 18 обособени позиции, включително за 4-, 5-, 6-компонентни ваксини и противобясна ваксина. Липсващите ваксини са основни в Националния имунизационен календар. Те се прилагат на новородените на 2, 3, 4, 16 месечна възраст за предпазване от тежки заразни заболявания, които в резултат на поддържания през годините висок имунизационен обхват не се регистрират в страната. В резултат на това МЗ бе изправено пред невъзможност да изпълни задълженията си и да защити здравето на населението и в частност здравето на децата.
- Незабавно бяха предприети организационни мерки за осигуряване на необходимите количества ваксини за новородените, като приоритетно при тях се провеждаше основна имунизация в три приема пред реимунизацията на 16 месечна възраст и ограничаване в разумния минимум разхода на противобясна ваксина. Поради невъзможността за планиране разхода на противобясна ваксина бе въведено ежеседмично преразпределение на количествата между областите директно от МЗ, което продължи до м. август 2015 г.
- Междувременно бяха сключени договори и се изпълниха доставки за необходимите количества за 2015 г. за други ваксини, които се прилагат в ранна детска възраст, на ученици и възрастни. Беше проведена спешно нова процедура по ЗОП и се закупи противобясна ваксина, която своевременно бе разпределена в страната.
- Търсейки възможности за осигуряване на нужните количества ваксини за имунизационна защита на деца до 2-год. възраст срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит и хемофилус инфлуенце тип Б, МЗ на основата на междуправителствено споразумение с Република Турция получи в началото на м. юли 2015 г. дарение от 100 000 дози 5-компонентна ваксина срещу гореизброените заболявания, която се използва за основна имунизация на новородените и осигури националния имунизационен календар до началото на 2016 г.
- Министерство на здравеопазването продължи усилията си и осигурява необходимите видове и количества ваксини за обезпечаване на Националния имунизационен календар. В края на м. октомври 2015 г. отново бе обявена процедура по ЗОП за закупуване на липсващите 4-, 5-, 6-компонентни ваксини за 2015 г., в резултат на което в края на м. ноември 2015 г. бяха сключени договори за доставка на многокомпонентни ваксини.
- През м. май 2016 г. Министерство на здравеопазването обяви обществена поръчка за доставка на ваксини за задължителни и целеви имунизации и реимунизации за 2016 г. и сключи договори по всички обособени позиции, с което осигури изпълнението на Националния имунизационен календар през годината. Договорени бяха и количества

многокомпонентни ваксини за обхващане на неимунизирани поради недостиг на ваксини през 2014 и 2015 г. деца.

- Във връзка с хуманитарната криза в Сирия и увеличения миграционен натиск в Република България се осъществяват необходимите профилактични и протиепидемични мерки, което осигури недопускане на епидемични взривове сред чужденците в местата за настаняване, запазване на здравния статус на населението в районите, в които се настаняват чужденци, недопускане разпространение на територията на страната на взривове на заразни болести с произход местата за настаняване на чужденци.
- За изпълнение на политиката по опазване на страната от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск и респективно опазване на общественото здраве, при постъпване в центровете за настаняване на бежанци се извършват микробиологични и паразитологични изследвания за носителство на чревни патогенни микроорганизми, за внасяни паразитози и за малария. Поради големия риск от внос и разпространение на тежки ваксинапредотвратими инфекции както сред бежанците, така и сред българското население с нисък имунизационен обхват, всички лица до 15 навършени години с открито производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище, които нямат документи за извършени профилактични имунизации, се имунизират срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, хемофилус инфлуенце тип Б, морбили, паротит и рубеола. Целта е обхващането с основните ваксини да се извърши максимално бързо след влизането в страната и да продължи до осъществяването на избор на общопрактикуващ лекар.
- Провежда си засилен държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас и Сливен и върху санитарно-хигиенното състояние в центровете за настаняване на бежанци.
- В изпълнение на програмата на Световна здравна организация за запазване на Европа като континент, свободен от полиомиелит и поради увеличения риск от внос на полиомиелит, Националният център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ) проведе трикратно изследване за носителство на див полиомиелитен вирус на деца до 5 годишна възраст, настанени в центровете.

Какво предстои:

- Предвид многократно повдигани по различни поводи и от различни организации въпроси за задължителния характер на ваксините при децата, в рамките на програмата се провежда проучване за знанията и нагласите за задължителния характер на ваксините, с изготвяне на анализ на резултатите от проучването, вкл. необходимостта от информационни кампании за повишаване обхвата със задължителни ваксини.

Цел: Повишаване ефективността на държавния здравен контрол и достигане високо ниво на съответствие с националните и европейските изисквания на обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда

Какво наследихме:

- Недостатъчна технологична осигуреност на лабораторните комплекси за мониторинг на факторите на жизнената среда и продуктите и стоките със значение за здравето на човека в рамките на провеждания държавен здравен контрол;
- Липса на визия и условия за развитие комуникационно-информационни технологии в системата на здравеопазването за бърз обмен на информация между органите на

държавния здравен контрол за наличие на пазара на опасни продукти и стоки и за отчитане на дейностите от провеждания контрол;

- Нормативна база, която не е изцяло адаптирана към последните изменения на законодателство на Европейския съюз, новите технологии и научни достижения.

Какво направихме за 2 години:

През 2015 и 2016 г. са извършвани разнородни дейности за осигуряване на безопасна жизнена среда и са предприемани навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето на хората и не са допуснати сериозни и непосредствени опасности за здравето на населението.

- Министерство на здравеопазването чрез органите на държавния здравен контрол своевременно предприемаше мерки за защита здравето на населението при възникнали в различни части на страната извънредни ситуации, като: свлачища и наводнения, вследствие, на които са възникнали проблеми с нормалното водоподаване и качеството на питейната вода, както и последиците от тях, когато са били засегнати обществени и жилищни сгради.
- Предприехме мерки за подобряване качеството и ефективността на контролната дейност чрез въвеждане на нов подход за планиране и осъществяване на държавен здравен контрол основан на оценка на риска за общественото здраве. В изпълнение на политиката по опазване здравето на гражданите са разработени превантивни мерки за ограничаване, намаляване и ликвидиране на негативните ефекти от въздействието на факторите на средата.
- Министерство на здравеопазването проведе срещи с Министерство на околната среда и водите във връзка с кандидатстване по Оперативна програма "Околна среда 2014-2020" за закупуване на необходимата апаратура за нуждите на държавния здравен контрол. След одобрение от Министерство на финансите и Министерство на околната среда и водите през м. септември 2016 г. получихме покана за подаване на проектно предложение.
- През 2016 г. Министерство на здравеопазването осигури достъп до системите на Европейската комисия за опасни продукти и стоки пуснати на пазара и през 2016 г. проведе обучения на служителите от регионалните структури за работа чрез уеб-базираните приложения за обмен на информация в реално време.
- През 2015 г. и 2016 г. в изпълнение на държавната политика и ангажиментите на Република България по международни споразумения и конвенции Министерство на здравеопазването като отговорна институция за опазване на общественото здраве взе участие в подготовката, организирането и провеждането на Трети преглед на резултатите в областта на опазването на околната среда от Икономическата комисия за Европа на ООН и Последваща партньорска проверка на Международната агенция за атомна енергия (Integrated Regulatory Review Service Follow-up Mission).

Какво предстои:

- С реализиране на проекта по Оперативна програма "Околна среда 2014-2020" ще бъде повишен капацитетът на лабораторната дейност по държавен здравен контрол;
- Актуализиране на политиките в областта на защитата на населението от инциденти с химични и радиоактивни материали от случаен, естествен и умишлен характер и подобряване готовността за реагиране.

„Всяка здравна реформа трябва да се бори с дълбоко вкоренените икономически и политически интереси, както и със социалните и културни процеси. Постигането на правилен баланс за здравето е трудна задача, която министрите на здравеопазването не могат да решат сами“

Европейска стратегическа рамка и стратегия за 21 век на СЗО

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

Затова приехме като едно от основните предизвикателства в управлението осигуряването на ефективни механизми за участието на гражданското общество в процесите на вземане на решения в областта на общественото здраве и изграждането на култура и механизми за сътрудничество между правещите политиката в областта на общественото здраве и тези, за които тя се прави.

Във връзка с това Министерство на здравеопазването се ангажира със създаването и развитието на инициативата „ПАРТНЬОРСТВО ЗА ЗДРАВЕ“ като постоянен, динамичен, развиващ се форум за взаимодействие между всички обществени групи, заинтересовани от процесите в системата на здравеопазването, който да гарантира публичност и прозрачност при вземането на решения. Още при стартирането на инициативата бе взето решение тя да бъде институционализирана, за да бъде гарантирана нейната устойчивост. С Постановление № 151 на МС от 15.06.2015 г. беше създаден Съвет „Партньорство за здраве“ - консултативен орган на Министерския съвет за координация и сътрудничество при разработване и провеждане на политики в областта на общественото здравеопазване и подобряване достъпа до своевременна, адекватна и ефективна медицинска помощ и здравни услуги за гражданите, както и за подобряване качеството на живота с оглед повишаване годините живот в добро здраве.

Основните цели на съвета са постигане на взаимодействие, широк обществен консенсус и сътрудничество при разработването, провеждането, мониторинга и оценката на здравните политики, както и при осъществяването на реформи в сферата на здравеопазването.

Към Партньорството са създадени три работни групи - „Реформа в организацията на здравеопазването“, „Качество на здравната система“ и „Лекарствена политика и медицински изделия“.

За двугодишния период Съветът е провел 6 заседания, а заседанията на работните групи са 23, като на тях са обсъдени всички разработени през периода проекти на закони и стратегически документи на Министерство на здравеопазването.

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

Какво предстои:

Ще продължим да провеждаме своите политики, насочени към подобряване здравето и благополучието на българските граждани. И ще продължим да търсим обществен консенсус и обществена промяна в подкрепа на здравето. Защото здравето е право, но и отговорност – държавна, обществена и лична.

РАВНОСМЕТКАТА

В началото, когато разработихме и приехме Концепция „Цели за здраве 2020“, казахме че:

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

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

Основните причини за влошените здравни показатели са:

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

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

И определихме своите цели:

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

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

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

На 19 октомври 2016 г. МС прие Годишния доклад за здравето на гражданите, който предстои да бъде разгледан от Народното събрание на Република България. Той съдържа обективни данни за параметрите и тенденциите в динамиката на основните индикатори, характеризиращи състоянието на общественото здраве, както и оценка и анализ на влиянието на факторите, които го определят.

Данните в доклада показват, че:

- „Проблем за България остава високото ниво на смъртността – обща и преждевременна. Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете, отколкото при жените и в селата, отколкото в градовете, със запазени териториални различия по области. Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС.

- И през 2015 г. България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност по всички причини сред страните от ЕС, но се наблюдава изразена тенденция за намаление.

- През 2015 г. се отчитат положителни тенденции по отношение на показателите за смъртност в по-младите възрастови категории, в т.ч. преждевременна и детска смъртност, които са най-чувствителни по отношение на влиянието за здравната система върху демографското състояние на населението.

- Показателят на преждевременната смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите), през 2015 г. намалява с 1,0% - от 22,4% през 2014 г. на 21,4% през 2015 г. (смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст през 2015 г. намалява до 5.1 на 1000).

- Детската смъртност в страната намалява, като достигнатото равнище на детската смъртност през 2015 г. е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България. През 2015 г. в страната са умрели 434 деца на възраст до 1 г. (517 за 2014 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 7,6‰ през 2014 г. на 6,6‰ през 2015 г.

- Благоприятни тенденции се наблюдават по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), които намаляват, макар че все още са по-високи от средните за ЕС.

- Перинаталната детска смъртност през 2015 г. намалява от 10,4‰ през предходната година на 9,1 ‰.

- Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и достига през 2015 г. – 4,0‰. Средната стойност в ЕС на този показател е 2,52‰.

- Постнеонаталната детска смъртност намалява през 2015 в сравнение с 2014 г. от 3,3 на 2,6 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1,16‰.

- Показателят за мъртворождаемостта намалява спрямо предходната година - 6,3‰.

- Майчината смъртност на 100 000 живородени намалява от 19,07 през 2001 г. намалява до 6,1 през 2015 г., като съответният показател за ЕС е 4,72‰.

- Запазва се структурата на умиращите по причини, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.

- В структурата на умиращите при децата до 1-годишна възраст по причини най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болести на органите на кръвообращението и на дихателната система, обуславящи 88,25% от всички умиравания в тази възраст.“

Данните са основание за умерен оптимизъм. Ние разбираме колко далеч сме от здравните показатели на страните с високо качество на живот и развити и ресурсно осигурени здравни системи. Но всяка стъпка напред, колкото и малка да е тя, е ценна. Всеки процент и промил намаление в страшната статистика за смъртността е победа на живота. И осмисля усилията да се продължи към целта. И след нея.