

УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО  
КАТЕДРА „ПУБЛИЧНА АДМИНИСТРАЦИЯ“

## **ДОКТОРАНТСКИ ЧЕТЕНИЯ 8**

### **ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ**

Специално издание от  
Осма есенна акагемя

## **АДМИНИСТРАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ: #УНИВЕРСИТЕТЪТ 2030**

Сесия 4 „Докторантски хоризонти 2030“

*София, 19 ноември 2021 г.*

ИЗДАТЕЛСКИ КОМПЛЕКС – УНСС  
София, 2022

Публикацията е финансирана със съдействието на средства от фонд НИД на УНСС, НФ-20/2021 г.

**Редакционна колегия**

доц. д-р Александър Вълков  
гл. ас. д-р Виолета Тончева-Златкова  
гл. ас. д-р Даниела Кръстева  
гл. ас. д-р Калин Боянов  
гл. ас. д-р Красимира Вълчева  
гл. ас. д-р Ралица Велева  
ас. д-р Златина Шотарова

**Научен редактор**

доц. д-р Деница Горчилова

**Всички права са запазени!** Не се разрешават копиране, възпроизвеждане и разпространение на книги или на части от тях по какъвто и да е начин без писменото разрешение на ИК – УНСС. Издателският комплекс не носи отговорност за съдържанието и стила на изложение на автора.

© ИЗДАТЕЛСКИ КОМПЛЕКС – УНСС

Изп. директор: Веселин Ангелов, тел. 02 8195 251  
Зам. изп. директор: Стефан Власев, тел. 02 8195 551  
Гл. редактор: Тодорина Недева, тел. 02 8195 564

УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО  
1700 София, район „Студентски“, ул. „8-ми декември“ № 19

# СЪДЪРЖАНИЕ

## ВЪВЕДЕНИЕ

### СРАВНИТЕЛНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ЗДРАВНОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО В БЪЛГАРИЯ, ВЕЛИКОБРИТАНИЯ И ГЕРМАНИЯ

Симеон Георгиев ..... 9

### ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В УСЛОВИЯТА НА COVID-19 – НАЦИОНАЛНИ И ГЛОБАЛНИ АСПЕКТИ

Татяна Щерева ..... 61

### ПРЕВЕНЦИЯ НА УПОТРЕБАТА НА НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА. КОНЦЕПЦИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ПРЕВЕНЦИЯ С ФОКУСНА ГРУПА ДЕЦА И МЛАДЕЖИ 12-18 ГОДИНИ

Ралица Драгоева ..... 107

### СЪСТОЯНИЕ НА РЕГИСТРАЦИЯТА НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ КЪМ МАРТ 2022 Г.

Момчил Шопов ..... 142

### ПРОЕКТЕН ПОДХОД В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В МАЛКИТЕ ОБЩИНИ

Иван Тишков ..... 181

### ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО В ОТДЕЛЕНИЕ ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗ ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА БОЛКАТА

Йорганка Ямакова ..... 230

### ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА АНТИБИОТИЧНАТА РЕЗИСТЕНТНОСТ

Агелина Иванова ..... 262

### МОТИВАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ В УСЛОВИЯТА НА ДЕФИЦИТ НА КАДРИ И КОВИД ПАНДЕМИЯ

Десислава Сангова ..... 305

### ПОВИШАВАНЕ КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ ЧРЕЗ ОБУЧЕНИЕ (ПАРТНЬОРСТВО МЕЖДУ МБАЛ „ИВАН СКЕНДЕРОВ“ И ОБЩИНА ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ)

Гюлфе Аян ..... 344

### МАРКЕТИНГОВА СТРАТЕГИЯ НА ЦЕНТЪР ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА

Тодор Шамоу ..... 373

### СЪЗДАВАНЕ НА ИНОВАТИВНО ПРЕДПРИЯТИЕ ЗА КАПСУЛНА ЕНДОСКОПИЯ

Иван Лютаков ..... 418

### ПОЗИЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ РАБОТНИЦИ В СОЦИАЛНИТЕ МРЕЖИ

Цветина Даскалова ..... 451

**Резюме:** Това е специално издание, което събира най-добрите магистърски тези, защитени в програмата по „Здравен мениджмънт“ през учебната 2021/22 година. Катедра „Публична администрация“ прави това специално издание на „Докторантски четения“ като жест на уважение и благодарност към хората, които са избрали за своя професия грижата за здравето на хората и въпреки непрекъснатото усложняване на средата не престават да полагат усилия да поддържат и повишават своята квалификация.

**Ключови думи:** управление на здравеопазването, здравно законодателство, здравни политики

**Resume:** This is a special edition that brings together the best MSc theses defended in the Health Management programme during the academic year 2021/22. The Department of Public Administration makes this special edition of the Doctoral Readings as a gesture of respect and gratitude to the people who have chosen as their profession the care of people's health and despite the continuous complication of the environment do not cease to make efforts to maintain and improve their qualifications.

**Keywords:** healthcare management, health law, health policy

## ВЪВЕДЕНИЕ

---

Уважаеми читатели,

Настоящото издание представя няколко синергично допълващи се елемента от обучителния, изследователски и организационен живот на катедра „Публична администрация“ в УНСС.

На първо място, това е наложилата се като традиционна **Есенна академия**. Тя стартира през 2014 г. като форум за обмен на информация и идеи за научни изследвания и преподавателска работа на екипа на катедрата. Есенната академия се провежда ежегодно с финансовата подкрепа на фонд „Научноизследователска дейност“ на УНСС и постепенно се утвърди като национален форум, включен в годишния календар с прояви на Института по публична администрация.

От 2019 г. Есенната академия е факултетна проява, организирана от всички катедри, осигуряващи преподаването в професионално направление 3.7 „Администрация и управление“. Тя привлича интереса на изследователи от други висши училища и от практиката и е успешен инструмент за поддържане и разширяване на партньорската мрежа и общността. Есенната академия доведе до новости като създаването на магистърска програма „Електронно управление“, съобразяване на учебно съдържание с новите компетентностни модели в администрацията, разработване и тестване на учебни материали, обмен на опит по отношение на преподаването в национален и международен мащаб и др.

На второ място, неизменна част от Академията е привличането на студенти от ОКС „бакалавър“ и „магистър“ и на докторанти от УНСС и други висши училища в работата на специални секции, както и включването им в редовните сесии и обсъждания. Като резултат, всяка Есенна академия е последвана от издаването на **пореаницата „Докторантски четения“**. Отделните броеве имат свой акцент, обикновено повтарящ или директно произтичащ от темата на Есенната академия.

Първоначално предназначено само за издание, в което да намират място рецензирани разработки на докторанти към катедрата, „Докторантски четения“ също разшири своя обхват. В него намират място текстове на студенти, участвали в академиите; публикуват се части от наскоро защитени дисертации; могат да бъдат прочетени работи на постдокторанти. Пореаницата отдавна е форум за представяне на научните търсения не само на обучаващи се към катедра „Публична администрация“, но и в други катедри на УНСС, както и в други висши училища в страната.

Трети аспект, с който катедра „Публична администрация“ се гордее, е магистърската програма по „Здравен мениджмънт“. С близо 20-годишна история, тази магистратура е привлякла интереса на повече от 500 професионалисти от всички сегменти на здравния сектор – лекари и медицински сестри, фармацевти, медицински специалисти, социални работници, администратори и управленци на различни нива (директори и управители на болници, началници на клиники и отделения във водещи лечебни заведения, управители на медицински центрове и др.). Нерядко, както може да види и в настоящото издание, на студентската скамейка в тази програма сядат медици с докторски степени и хабилитации, които търсят подготовка по правни, административни, медико-икономически и здравно-политически проблеми на управлението на здравеопазването и лечебните заведения в динамично развиваща се среда.

Идеята за настоящото специално издание се зароди от работата на **сесия 4 „Докторантски хоризонти 2030“ на Осмата есенна академия**. Дискусията между магистри, докторанти и постдокторанти изведе като област за подобряния по-високата публичност на постиженията им и възможността да се изградят интердисциплинарни мрежи между обучаемите. Това дава възможност за обогатяване на научните им търсения, поражда нови идеи за проектни търсения, подпомага професионалната им реализация и развитие.

За да откликне на тези предложения, катедрата подбра най-добрите магистърски тези, защитени в програмата по „Здравен мениджмънт“ през последната година. Както може да се види, тематиката е разнообразна и изключително ценна, тъй като обикновено представя практически търсения на нашите студенти.

Сред текстовете е например опитът на д-р Иван Лютаков за създаване на старт-ъп за разработване на иновативен медицински продукт за капсулна ендоскопия, който е отличен със стипендия от фондация „Карол Знание“ за „Предприемачи в науката“. Двама автори се насочват към проблема за оценка, контрол и лечение на болката – доц. д-р Йорданка Ямакова представя опита си като началник отделение по анестезиология и интензивно лечение към УСБАЛ по онкология, а доц. д-р Тодор Шамов разработва маркетингова стратегия за център за интервенционално лечение на болката. Ралица Драгоева, която е секретар на Общински съвет по наркотични вещества към Столична община предлага стратегия за разширяване на превенцията на употребата на наркотични вещества към възрастовата група 12-18 години.

Пандемията от Ковид-19 също присъства в тематиката на разработките с придобиващите изключителна актуалност проблеми за разработването и прилагането на адекватни здравни политики, преодоляване на антибиотичната резистентност, поддържане на мотивацията на медицинските работници и др.

Катедра „Публична администрация“ прави това специално издание на „Докторантски четения“ и като жест на уважение и благодарност към хората, които са избрали за своя професия грижата за здравето на хората и въпреки непрекъснатото усложняване на средата не престават да полагат усилия да поддържат и повишават своята квалификация. Респект!

доц. д-р Деница Горчилова  
ръководител на проект „Есенна академия“  
катедра „Публична администрация“, УНСС





# СРАВНИТЕЛНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ЗДРАВНОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО В БЪЛГАРИЯ, ВЕЛИКОБРИТАНИЯ И ГЕРМАНИЯ

Симеон Георгиев<sup>1</sup>

*Научен ръководител: адв. Мария Шаркова*

*Рецензент: гл. ас. д-р Красимира Вълчева*

**Анотация:** Продължаващото сближаване на здравните политики и системи, инициирани от Европейския съюз, както и системното отразяване и усъвършенстване на правата на човека във връзка с биомедицината в контекста на Съвета на Европа, изискват подходящи стратегии за насърчаване, защита и прилагане правата на пациентите.

Текстът представя същността на здравното законодателство и неговия глобален характер и съпоставя примерът на България с тези на Германия и Великобритания. Основната хипотеза е, че и трите страни спазват принципите на европейското и международното законодателство и акцентират върху предоставянето на най-добрите здравни грижи.

**Ключови думи:** здравно законодателство, права на пациентите

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

AMG	Arzneimittelgesetz (Закон за лекарствата) в Германия
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (Закон за реорганизация на фармацевтичния пазар) в Германия
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Федералният институт за лекарства и медицински изделия) в Германия
BVL	Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (Федералната служба за защита на потребителите и безопасност на храните) в Германия
CTD	Common Technical Document (Общ технически документ) – представлява досие за лекарствен продукт
EMA	European Medicines Agency (Европейската агенция по лекарствата)
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss (Федерален съвместен комитет) в Германия

<sup>1</sup> Магистър-фармацевт Симеон Георгиев (s.georgiev94@gmail.com) е завършил фармация в СУ „Св. Климент Охридски“. Носител е на Почетен знак на СУ за високи заслуги в утвърждаването на доброто име и престижа на Университета. Основател и организатор на Национална студентска конференция по фармацевтични и химични науки. Понастоящем е мениджър „Маркетинг и продажби“ във верига аптеки „Вива“.

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (задължително здравно осигуряване) в Германия
GKV-Spitzenverband	Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband (Националната асоциация на задължителните здравноосигурителни каси) в Германия
GMP	Good manufacturing practice (Добра производствена практика)
HWG	Heilmittelwerbegesetz (Закон за рекламата в здравеопазването) в Германия
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Международен пакт за икономически, социални и културни права)
IHRs	International Health Rights (Международни здравни правила)
NHS	National Health Service (Национална служба по здравеопазване) във Великобритания
PEI	Paul-Ehrlich-Institut – Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel (Федералният институт за ваксини и биомедицина) в Германия
SGB	Sozialgesetzbuch (Социален кодекс) в Германия
TRIPS	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Свързани с търговия аспекти на правата върху интелектуална собственост)
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (Закон за нелоялната конкуренция) в Германия
БВП	Брутен вътрешен продукт
ГМО	Генетично модифициран организъм
ЕС	Европейски съюз
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НРД	Национален рамков договор
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ООН	Организация на обединените нации
ПРООН	Програма на ООН за развитие
СЗО	Световна здравна организация
СПИН	Синдром на придобита имунна недостатъчност
СТО	Световна търговска организация
УНИЦЕФ	Детски фонд на ООН
ФАО	Организация за прехрана и земеделие
ХИВ	Човешки имунодефицитен вирус
ЮНЕП	Програма на ООН за околната среда

## ВЪВЕДЕНИЕ

Здравните системи в Европа са част от по-широките системи за социално осигуряване. Те са се развили исторически с различни национални идентичности и отразяват културното, икономическото и социалното разнообразие на Европа. Тези системи се различават, понякога значително, както по отношение на структурите за финансиране и услуги, така и по отношение на регулаторните аспекти.

С приемането на стратегията „Европа 2020“ държавите-членки си поставиха конкретни цели за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. Здравето е заложено като междусекторна цел, главно в областите на:

- „финансова устойчивост“ и
- „борба с бедността и социалното изключване“.

Продължаващото сближаване на здравните политики и системи, иницирани от Европейския съюз, както и системното отразяване и усъвършенстване на правата на човека във връзка с биомедицината в контекста на Съвета на Европа, изискват подходящи стратегии за насърчаване, защита и прилагане правата на пациентите.

Всичко това превръща темата на настоящето изследване в актуална и значима. **Обект** на изследването е самото здравно законодателство в посочените страни и неговото приложение. **Предметът** е фокусиран върху дефинирането на различия и търсенето на допирни точки. **Целта** е да се направи теоретико-аналитично изследване, описващо възможностите и предизвикателствата в тази посока. Създадени са и следните задачи:

- Да се представи същността на здравното законодателство и неговия глобален характер;
- Да се разгледа примерът на България;
- Да се съпостави този между Германия и Великобритания;
- Да се създадат изводи и заключения.

**Методите**, използвани в това изследване, касаят теоретичен анализ, както и работа с емпирични данни. **Основната хипотеза** касае твърдението, че и трите страни спазват принципите на европейското и международното законодателство и акцентират върху предоставянето на най-добрите здравни грижи.

## ПЪРВА ГЛАВА. ТЕОРЕТИЧЕН АНАЛИЗ

### 1. Медицинско законодателство – исторически аспекти

Професията на медицинския работник е една от най-древните и почитани. Произходът ѝ датира от примитивното общество. Лекарят винаги е бил смятан за избран от Бога, свещеник, който е стоял над хората от други професии, но

въпреки това на различни етапи от историята е имало опити да се регулира дейността на лекарите и са съставени етични стандарти за неговото поведение, отношенията с пациентите и отношението на обществото към тях. В традиционната система на индийската медицина е посочено, че лекар за пациент трябва да бъде баща, за възстановяващ се – настойник, за здравия – приятел.

Според изявлението на изключителния лекар Сушрута, лекарят трябва да има чисто състрадателно сърце, спокоен темперамент, правдив характер, да се отличава с най-голяма увереност и целомъдрие и постоянно желание да прави добро.<sup>2</sup>

В Законите на вавилонския цар Хамурапи (1793-1750 г. пр. н. е.) лекарят е високо ценен, но изискванията към него са строги. Така, например, причиняването на смърт на пациент може да доведе до лишаване от ръка.

В Древна Гърция професията на лекар също е била почитана, както Омир възпява в своята „Илиада“: „Един умел лечител струва много смели воители.“<sup>3</sup>

Обикновено професията на медицинския специалист се е предавала от поколение на поколение. В редица съчинения Хипократ (460-ок. 377 г. пр. н. е.), който е предшестван от 16 поколения свои предци-лечители, чийто опит е осмислил, формулира и обобщава изискванията за лекаря. В „Клетвата“ той за първи път ясно дефинира задълженията, които поема човек, отдал се на служба на медицината. В своите писания Хипократ сравнява лекаря с Бог. Той отбелязва, че лекарят се характеризира с презрение към парите, съвестност, скромност, простота на мислите, знания. В „За лекаря“ Хипократ пише, че лекарят трябва да изглежда здрав, тъй като тези, които нямат добър външен вид, не могат да се грижат правилно за другите. Лекарят трябва да бъде прекрасен и мил, значим и справедлив човек.

В Древен Рим Юлий Цезар (100-4 г. пр. н. е.), осъзнавайки спешната нужда от лекари, дава римско гражданство на всички, които учат медицина, а Марк Аврелий (121-180 г.) законово задължава градовете да наемат и поддържат „народни лекари“. По-късно този пример е последван от Византия, където още от VIII в. се отварят болници за бедни.

Специално място в развитието на медицинската наука и формирането на медицинската регулация има известният лекар на мюсюлманския свят Ибн Сина (Авицена) (980-1037). В неговия „Канон на медицинската наука“ са изложени виждания, които са важни и до днес.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Violato, C. A brief history of the regulation of medical practice. Journal of Science of medicine. imerg.org <http://www.imerg.org/wp-content/uploads/2016/08/Violato-2016-History-of-medical-practice.pdf> [Посетено на 20.05.2022]

<sup>3</sup> Пак там.

<sup>4</sup> Violato, C. A brief history of the regulation of medical practice. Journal of Science of medicine. imerg.org <http://www.imerg.org/wp-content/uploads/2016/08/Violato-2016-History-of-medical-practice.pdf> [Посетено на 20.05.2022]

В Китай още преди нашата ера е имало документи, регламентиращи работата на лекаря. В добре познатото произведение на Древен Китай „Чжуд-ши“ е записано: „В основата на добрия лекар са шест качества, според които той трябва да бъде по-мил, напълно мъдър, пряк, пълен с обети, умел във външните прояви, усърден в дейността си и мъдър в хуманитарните науки“. През 1247 г. в Китай известният учен Сонг Дзъ публикува наръчник, съдържащ медицинска информация за разследване на случаи на нараняване.

В древните държави като Месопотамия, Индия, Египет, Вавилон, Гърция е имало училища за лекари, предоставяни са медицински грижи на населението, включително за бедните, а епидемиите са предотвратявани чрез санитарен надзор. Имало е и опити да се регулира дейността на лекарите от страна на държавата.

В средновековна Армения през 1184 г. е съставен Судебник на Мхитар Гош, а през 1265 г. е актуализиран и допълнен от Смбат Спарапет. В тези кодекси е предписано да се включат лекарите като осведомени лица в справянето с медицински проблеми. В Судебника е установено увреждане, несъвместимо с живота и други, и е отбелязано, че невеж лекар може да убие човек по погрешка или умишлено.<sup>5</sup>

В Европа първият държавен документ, който въвежда медицински преглед в практиката на съда, е кодексът на император Карл V „Каролина“ (1532 г.), който предвижда глоби за причиняване на нараняване, изнасилване и убийство. Отбелязано е неравенство в зависимост от това дали жертвата е свободна или робиня.<sup>6</sup>

През XVI в. в Западна Европа документи, съдържащи информация от медицината, са публикувани за използване в съдебни производства.

## 2. Съвременни измерения на медицинското право

Въпреки че общественото здравеопазване е една от най-ранните области на международното сътрудничество и една от първите области, в които е създадена междуправителствена организация, обхватът на международното правно сътрудничество в областта на общественото здраве доскоро е силно ограничен.

Болестта е била нежеланият спътник на международната търговия през цялата история. Международното сътрудничество в областта на общественото здраве от самото начало е било загрижено както за улесняването на търговията, така и за опазването на самото здраве. Функциите на ранните международни здравни организации от XIX и XX век се съсредоточават върху борбата с

<sup>5</sup> Пак там.

<sup>6</sup> Пак там

инфекциозните и заразни болести и предотвратяването на тяхното разпространение през международните граници.<sup>7</sup>

Например, Conseil superieur de santé (Върховен съвет на здравеопазването) на Константинопол, съставен от делегати на Османската империя и главните морски държави, е създаден през 1838 г., за да наблюдава санитарното регулиране на турските пристанища за предотвратяване разпространението на холера. Като допълнителен пример, международната правна дейност на първата постоянна международна здравна организация, L'Office International d'Hygiène Publique, е ограничена до администрирането на международни санитарни конвенции, включително международния обмен на епидемиологична информация. Международният контрол на заразните болести остава преобладаващата област на международното правно сътрудничество през средата на XIX век и по-голямата част от XX век.<sup>8</sup>

С фокус, ограничен до международния контрол на заразните болести, законодателството в областта на общественото здравеопазване остава относително пренебрегвана област от международно правен интерес през по-голямата част от XX век. По-специално е създадена Световната здравна организация през 1948 г. като специализирана агенция на Организацията на обединените нации в областта на здравеопазването, се откроява като уникална сред подобни агенции на ООН с това, че Организацията традиционно пренебрегва използването на международни законодателни стратегии за насърчаване на своите глобални публични политики.

Държавите-членки на СЗО също обръщат малко внимание на потенциалния принос на международното право за развитието на глобалното здраве през по-голямата част от миналия век. Въпреки че общественото здравеопазване остава тясна сфера на многостранно сътрудничество в продължение на повече от 150 години, дългогодишната историческа връзка между медицинската регулация и контрола на заразните болести сочи по-голямата роля, която международното право може да играе в бъдещата здравна дипломация.

Глобалното здравно право е определено като „поле, което обхваща правните норми, процеси и институции, необходими за създаване на условия за хората по целия свят да постигнат възможно най-високо ниво на физическо и психическо здраве“<sup>9</sup>. През последните няколко десетилетия областта на глобалното здравно право се разширява значително. Широчината и дълбочината на съвременната международна медицинска регулация могат да бъдат проследени до редица скорошни и взаимосвързани развития, включително:

<sup>7</sup> Вълканова, М. А., (2019). Медицинско право (2. прераб. и доп. изд.). ИК Стено. стр.19-21

<sup>8</sup> Пак там.

<sup>9</sup> Gostin, L. Global Health Law: A Definition and Grand Challenges. academic.oup.com <https://academic.oup.com/phe/article/1/1/53/1415563> [Посетено на 22.05.2022]

- въздействието на глобализацията върху дипломацията в областта на общественото здравеопазване;
- нарастването на глобалната загриженост за икономическите и социалните права, включително правото на здраве;
- разширяване на оценката на връзката между глобалното здравно право и други сфери от международно правно значение.<sup>10</sup>

Като примери за международни правни инструменти в общественото здраве могат да бъдат дадени със следните документи, нормативни актове, конвенции и т.н.:

- Конвенция за правата на хората с увреждания;
- Рамка за готовност при пандемичен грип;
- Рамкова конвенция на СЗО за контрол на тютюна;
- Протокол за премахване на незаконната търговия с тютюневи изделия;
- Международен пакт за икономически, социални и културни права;
- Международен пакт за граждански и политически права;
- Конвенция за премахване на всички форми на дискриминация срещу жените;
- Конвенция за някои конвенционални оръжия;
- Конвенция срещу изтезанията и други жестоки, нечовешки или унижителни отношения или наказания;
- Конвенция за правата на детето;
- Конвенция за биологичните оръжия;
- Конвенция за химическите оръжия;
- Конвенция на ООН по морско право;
- Договор за цялостна забрана на изпитванията;
- Виенска конвенция за защита на озоновия слой;
- Конвенция на ООН за изменението на климата;
- Конвенция за борба с опустиняването;
- Глобален кодекс на СЗО за международно набиране на здравен персонал;
- Единна конвенция за наркотичните лекарства;
- Конвенция за психотропните вещества;
- Конвенция на ООН срещу незаконния трафик на наркотични и психотропни вещества и др.<sup>11</sup>

Широко признато е, че съвременната глобализация допринася за разширяването на областта на международното здравно право. Въпреки че нарастващата световна интеграция не е съвсем ново явление, съвременната глобали-

<sup>10</sup> Вълканова, М. А., (2019). Медицинско право (2. прераб. и доп. изд.). ИК Стено. стр.19-21

<sup>11</sup> Gostin, L. Global Health Law: A Definition and Grand Challenges. academic.oup.com <https://academic.oup.com/phe/article/1/1/53/1415563> [Посетено на 22.05.2022]

зация има безпрецедентно въздействие върху международното обществено здраве и създава нови и все по-трудни нужди за управление и предизвикателства при изготвянето на здравната политика. Глобализацията допринася за бързия спад на практическия капацитет на суверенните държави да се справят с предизвикателствата на общественото здраве само чрез едностранни национални действия и разширява необходимостта от структури за управление на здравеопазването, които надхвърлят традиционните и все по-неподходящи национални подходи.

Договорното право, често наричано конвенционално международно право, получава ново значение като механизъм или инструмент, който може да се използва от държавите за улесняване на многостранното сътрудничество в тази ера на глобализацията, тъй като държавите все повече признават необходимостта от международно сътрудничество за постигане на национална общественост. Например, бързото разпространение в световен мащаб на последните постижения в научните измерения и технологиите насърчава международното сътрудничество в широк спектър от договори, включително тези относно безопасността на химикалите, пестицидите и храните, както и обезвреждането на опасни отпадъци.<sup>12</sup>

Глобализацията увеличава и нуждата от нови, формализирани рамки за международно сътрудничество, включително международното право, за справяне с възникващите глобални заплахи за здравето. Например, динамиката на глобализацията създава благоприятни условия за размножаване за трансгранично разпространение на възникващи заплахи за здравето, като оръжия за масово унищожение, включително биотероризъм; възникващи и повторно възникващи инфекциозни заболявания; и преносителите на незаразни болести, включително такива причинени от тютюн и алкохол, както и проблемът със затлъстяването.

Освен това глобализацията разширява световния интерес към кодифицирането на нови международни ангажименти за защита на здравния статус на населението в държави с ниски доходи и нововъзникващи пазари, които не са се възползвали от глобализацията. Например, необходимостта от насърчаване на по-справедливи иновации и универсален достъп до продукти за здравеопазване, включително лекарства, фармацевтични продукти, диагностика и медицински изделия, генерира непрекъснат дебат относно ефикасността на кодифицирането на нов международен инструмент за медицински изследвания и дизайн.<sup>13</sup>

Поради инерцията на глобализацията, държавите трябва все повече да се обръщат към международно сътрудничество, за да защитят и насърчават вътрешните системи на здравеопазване. Следователно е вероятно да видим

<sup>12</sup> Пак там.

<sup>13</sup> Пак там.



по-широко използване на международни правни инструменти през този век, за да контролираме рисковете и заплахите за здравето, свързани с глобализацията, и може би да се възползваме от възможностите за подобряване на световното здраве, които са предоставени от глобалната промяна. Например, Международните здравни правила на СЗО (IHRs) са единственият международен правен инструмент, предназначен да осигури рамка за многостранни усилия в борбата с инфекциозните болести. Тези правила са преразгледани през 2005 г., за да се отговори на нарастващата заплаха, породена от разпространението на инфекциозните болести и да се включат нови разработени механизми за международна координация и реакция.

Като допълнителен пример, през 2010 г. държавите-членки на СЗО приемат първия международен правен инструмент за справяне с предизвикателствата, предизвикани все повече от миграцията на здравни работници в Глобалния кодекс за практика на СЗО за международно набиране на здравен персонал. Освен това през 2011 г. държавите-членки на СЗО приемат рамката за готовност за пандемичен грип, за да улеснят информирането за грипни вируси и да увеличат достъпа до ваксини и антивирусни лекарства в страните с ниски и средни доходи.<sup>14</sup>

Еволюцията на глобалното здравно право през последните две десетилетия е много свързана със защитата и насърчаването на човешките права, свързани с физическата и психическата неприкосновеност. Въпреки че световното здравно право до голяма степен се използва като механизъм за защита и разширяване на държавните интереси в епоха на глобална взаимозависимост, то също се възприема и използва като рамка или инструмент за защита на правата на индивидите и, може би, за създаване на по-справедлив свят.

Преамбюлът на Конституцията на СЗО, първият международен израз на правото на здраве, декларира, че „ползването на правото на най-висок достижим стандарт на здравеопазване е едно от основните права на всяко човешко същество без разлика от раса, религия, политически убеждения, икономическо или социално състояние.”<sup>15</sup> Главното международно основание за правото на здраве заема ключово място в общоприетите утвърдени права на човека, обнародвани под егидата на Организацията на обединените нации: Международният бил за правата, който се състои от Всеобщата декларация за правата на човека (1948 г.), Международен пакт за икономически, социални и културни права (1966) (ICESCR) и Международен пакт за граждански и политически права (1966).

Международен пакт за икономически, социални и културни права е един от най-значимите обвързващи юридически изрази на правото на здраве. В него се

<sup>14</sup> Gostin, L. *Global Health Law: A Definition and Grand Challenges*. academic.oup.com <https://academic.oup.com/phe/article/1/1/53/1415563> [Посетено на 22.05.2022]

<sup>15</sup> Пак там.

предвижда, че всяка държава „се задължава да предприеме стъпки“ в максимална степен на наличните си ресурси и с оглед на прогресивни постижения, към „най-високите постижими стандарти за физическо и психическо здраве на всички индивиди, без дискриминация“. Отвъд тази широка формулировка обаче съществуват и неясноти. Пактът нито дефинира „здраве“, нито конкретните задължения на държавите, необходими за реализиране, осигуряване и обезпечаване на правото на здраве.

Никой последващ обвързващ международен правен инструмент не е предоставил авторитетно тълкуване на Пакта. През 2000 г. Комитетът по икономически, социални и културни права към ICESCR приема общ коментар 14, който обяснява/тълкува правото на здраве съгласно член 12 от Пакта. Наред с други неща, широко формулираният общ коментар 14 посочва, че правото на здраве не е просто право да бъдеш здрав, а по-скоро човешко право, обхващащо не само достъпа до здравни услуги, но и основните детерминанти на здравето, включително достъп до безопасна вода и подходящи санитарни условия, професионално здраве и условия на околната среда, както и достъп до образование и информация, свързани със здравето.<sup>16</sup>

Макар и силно влиятелен, правното значение на общ коментар 14 остава спорно. Той не е обвързващ с международното право. В допълнение, някои наблюдатели, включително от Съединените щати, директно поставят под съмнение правния авторитет на Комитета по икономически, социални и културни права, който е създаден с решение на Икономическия и социален съвет на ООН, а не в съответствие с Пакта, за издаване на авторитетни тълкувания.

Важна грижа при формулирането на правото на здраве е дали то е индивидуален или колективен стандарт, отразяващ свързаните със здравето интереси на общностите. Като човешко право, конвенционалното тълкуване на правото на здраве се отнася до индивидуални, а не колективни искове. Въпреки това, в практиката на общественото здравеопазване правото на здраве често се използва за обозначаване на общественото здраве или здравеопазване в общността. Може също да има напрежение между идеята за колективното право на здраве и упражняването на други човешки права, включително свобода, физическа цялост и неприкосновеност на личния живот.

Въпреки дългата историческа кодификация, силната връзка между здравеопазването и правата на човека едва наскоро получава значително внимание. Редица възникващи глобални проблеми, включително ХИВ/СПИН и здравните проблеми на жените, в това число изнасилвания и други форми на насилие срещу тях, извеждат присъщата връзка между здравето и правата на човека на преден план на международната политика, започвайки от края на 80-те и началото на 1990-те години.

---

<sup>16</sup> Пак там.

От особено значение е пионерският подход към правата на човека по време на глобалната пандемия от ХИВ/СПИН, възприет от СЗО в края на 80-те години. Широко признато е, че този нов акцент върху връзката между общественото здраве и правата на човека имат революционно въздействие, тъй като принуждават правителствата да бъдат публично отговорни на международната сцена за своите действия срещу хора, живеещи с ХИВ/СПИН.

Областта на здравеопазването и човешките права се разширява значително под егидата на агенции и органи на ООН и други международни организации. Приети са специфични международни правни инструменти, насочени към правата на определени групи от населението, като хора с ХИВ/СПИН, жени, деца, работници мигранти и бежанци. Например, на 13 декември 2006 г. Общото събрание на ООН приема Конвенцията за правата на хората с увреждания.<sup>17</sup>

Други съвременни разработки допринасят за по-нататъшното развитие на международни правни инструменти в областта на здравето и правата на човека. Например, широкото признаване на нарастващите неравенства в здравния статус и диференцирания достъп до медицински напредък в богатите и бедните държави разширява интереса към връзката между социалните и икономически права и здравето. Особено тревожно е въздействието на международната защита на интелектуалната собственост съгласно Споразумението на Световната търговска организация (СТО) относно свързаните с търговията аспекти на интелектуалната собственост (TRIPS), обсъждано в раздела, озаглавен „Световната търговска организация, международно право и глобално здраве“, при ограничаване на достъпа до основни лекарства, особено антиретровирусни лекарства за ХИВ/СПИН, в страни с ниски доходи.

Безпрецедентната човешка катастрофа, предизвикана от ХИВ/СПИН, накарва международната общност да приеме редица необвързващи резолюции на Общото събрание на ООН и СЗО, уточняващи връзката между ХИВ/СПИН, човешките права и достъп до лекарства. През юни 2006 г. Общото събрание на ООН приема Политическа декларация относно СПИН (Резолюция на ООН 60/262), потвърждаваща, че достъпът до лекарства в контекста на пандемии, включително ХИВ/СПИН, е един от основните елементи за постигане на пълна реализация на всеки от международното право на здраве.<sup>18</sup>

През май 2013 г. специалният докладчик на ООН за правото на здраве издава доклад, анализиращ съществуващите предизвикателства за реализиране на достъпа до лекарства в рамките на правото на здравеопазване и призовава международната общност да премине от „доминиращата пазарно ориентирана парадигма“ за насърчаване на достъпа към медицината (А/НRC/23/42). След

<sup>17</sup> Gostin, L. *Global Health Law: A Definition and Grand Challenges*. academic.oup.com <https://academic.oup.com/phe/article/1/1/53/1415563> [Посетено на 22.05.2022]

<sup>18</sup> Пак там.

публикуването на доклада през юни 2013 г., Съветът по правата на човека на ООН приема резолюция относно достъпа до лекарства (A/HRC/RES/23/14), като широко признава, че достъпът до лекарства е един от основните елементи за постепенното постигане на реализиране на правото на всеки да се ползва от най-високия достижим стандарт на физическо и психическо здраве.<sup>19</sup>

Като допълнителен пример, връзките между научния прогрес, глобалното разпространение на нови технологии и правата на човека също получават по-голямо внимание при разработването на международни правни инструменти. Например, последиците от напредъка в биотехнологиите за защитата на правата на човека и човешкото достойнство са били тема на интерес от международни и регионални организации, включително разглеждането на забрани за нови технологии. През 1997 г. Организацията на обединените нации за образование, наука и култура (ЮНЕСКО) приема необвързващ инструмент – Всеобщата декларация за човешкия геном и правата на човека, а през 2003 г. приема Международната декларация за генетичните данни. Освен това, след неуспешни преговори по договора, през 2005 г. Общото събрание на ООН приема декларация, призоваваща държавите-членки да забранят репродуктивното клониране като несъвместимо с правата на човека. На регионално ниво Съветът на Европа приема Конвенция за защита на правата на човека и човешкото достойнство по отношение на приложението на биологията и медицината: Конвенцията за правата на човека и биомедицината през 1997 г. Четири протокола към Конвенцията – отделни споразумения – относно клонирането на хора, биомедицинските изследвания, трансплантацията на органи и тъкани и генетичните тестове за здравни цели също са приети от Съвета на Европа между 1998 и 2008 г.<sup>20</sup>

Биомедицинските изследвания се очертават като важна тема в глобалните и регионални необвързващи и обвързващи международни правни инструменти.

Революцията в биотехнологиите оказва непрекъснат натиск върху международната общност да развива международното право, включително правата на човека, за да управлява ефективно тази сфера и вероятно ще видим по-нататъшно развитие в бъдеще. По-специално, разработването на международното право в областта на биотехнологиите е пример за това как международната общност създава регулаторни рамки. Вместо да кодифицират всеобхватен инструмент в областта на биотехнологиите, съществуващите международни споразумения са приети на части и понякога непоследователно. Те и днес се състоят от различни инструменти, включително насоки, кодекс за поведение,

<sup>19</sup> Пак там.

<sup>20</sup> Toebes, B. International health law: an emerging field of public international law. springer.com [Посетено на 25.05.2022]

резолюции и договори, приети под егидата на различни международни организации.<sup>21</sup>

Разширяването на сферата на глобалното здравно право може да се разбира отчасти като продукт на засиленото оценяване на взаимосвързаността на съвременните глобални проблеми и същевременно връзката на здравето с други правни въпроси. Международните правни учени традиционно разделят и третираат съществени теми като правата на човека, опазването на околната среда, контрола върху оръжията и общественото здраве като дискретни самостоятелни области с ограничени връзки. Бързата световна интеграция, задвижвана от съвременната глобализация, допринася за признаването на връзката между различните сфери на международното право.

Следствие на връзката между проблемите, международното право и глобалното здраве все повече се разбират като централен компонент на други международни правни режими, включително трудовото право, правата на човека, контрола върху оръжията и международната търговия. Връзката между здравето и правата на човека в съвременното международно право и практика е важен пример за връзка на две традиционно различни области на международното право.

Еволюцията на концепцията за човешката сигурност е друг интересен пример за това развитие. Традиционното разбиране на тази концепция е подложено на нарастващ натиск през последните години, с увеличаваща се подкрепа за цялостен подход към човешката сигурност, който се занимава с широкообхватните фактори, които влияят върху уязвимостта на хората. През 2003 г. Комисията на ООН по човешка сигурност публикува доклад, в който предлага нова рамка за сигурност и признава връзката между здравето и сигурността на човека.<sup>22</sup>

Международните здравни правила (IHRs) на СЗО от 2005 г. са били в центъра на обсъждането на връзката между глобалното здраве и сигурност. Те са предназначени да улеснят страните и СЗО да работят заедно за идентифициране на ограничаване и контрол на рисковете за здравето. Например, по време на изготвянето на ревизираните IHRs, разширяването на глобалната загриженост за оръжията за масово унищожение и тероризма подчертава силната взаимосвързка между общественото здраве, сигурността и правните ангажименти, установени съгласно регламентите. Последните огнища на болести, епидемии, природни бедствия и други извънредни ситуации в здравеопазването засилват връзката между глобалното здраве и сигурността.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Пак там.

<sup>22</sup> Пак там.

<sup>23</sup> Toebes, B. *International health law: an emerging field of public international law*. springer.com [Посетено на 25.05.2022]

Връзката между здравето, сигурността и други традиционно дефинирани правни сфери е илюстрирана и в съвременната глобална заплаха от фалшиви лекарства. Нарастващата загриженост на международната общност относно глобалното предизвикателство на международния трафик на фалшиви лекарства, включително некачествени, дефектни или фалшифицирани лекарства, подчертава взаимовръзките между световното здравно право, международното митническо право, международното наказателно право и международното търговско право и води до разширяване на подкрепата за приемане на международен правен инструмент в тази област.

Връзката между глобалното здравно право и други традиционно различни сфери на международното право е допълнително илюстрирана от бързо развиващата се област на биотехнологиите. Биотехнологиите тясно свързват много части от закона, включително глобалното здравеопазване, правата на човека, интелектуалната собственост, търговското регулиране и екологичното право. Например напредъкът в биотехнологиите предизвиква дебат и развитие на областта на международното право в областта за околната среда, като основната област на загриженост е потенциалният ефект от умишлено или непреднамерено освобождаване на генетично модифицирани организми (ГМО) за здравето и околната среда.

Международните инструменти от значение в тази област включват Конвенцията за биологичното разнообразие и нейния Протокол за биологична безопасност от Картахена от 2010 г., Международната конвенция за растителна защита и Кодекс Алиментариус на СЗО/ФАО. Международното търговско право, по-специално Общото споразумение за тарифите и търговията, Споразумението за прилагане на санитарни и фитосанитарни мерки (Споразумение SPS) и Споразумението за технически бариери пред търговията (Споразумение TBT), функционират за дисциплиниране или ограничаване на властта на държавите-членки на СТО да вземе предвид храните, безопасността, здравето, околната среда и сигурността на храните при вземане на регулаторни решения относно вноса и употребата на ГМО.<sup>24</sup>

Сред регионалните инструменти регулаторната рамка на Европейския съюз в тази област е една от най-обширните, обхващаща въпроси, включително внос, отглеждане, наблюдение и етикетирание на ГМО. Основната част от европейското законодателство относно ГМО храните е Директива 2001/18/ЕС на ЕС, която е изменена през 2008 г. с Директива 2008/27/ЕО и отново през 2015 г. с Директива (ЕС) 2015/412. Тези директиви уреждат „умишленото освобождаване на ГМО в околната среда“ и следователно обхващат както отглеждането, така и вноса на ГМО култури. Освен това регламентите на ЕС определят подробни правила относно разрешаването, етиктирането и пускането на пазара на ГМО, предназначени за храни и фуражи.

<sup>24</sup> Пак там.

Осъзнаването на последиците от последните развития в глобалното здравно право, включително тези за вътрешната политика за обществено здраве, изисква известна оценка на естеството на международното право и международната политическа система. След края на Тридесетгодишната война през 1648 г. глобалната политическа система включва основно взаимодействията на суверенните държави. Следователно, разработването на международното право се фокусира върху установяването на консенсусни правила относно статута на държавите и техните основни права и задължения, както и ангажменти. Следователно международното право е фокусирано предимно върху взаимодействията на суверенните държави и може да бъде определено като правила, които уреждат поведението и отношенията на държавите.<sup>25</sup>

Международното право традиционно се разбира като състоящо се от две основни области: международно публично и частно право. Докато международното публично право се занимава предимно с отношенията на държавите, международното частно право се фокусира върху правото на частните сделки на физически лица и корпорации. Традиционното разграничение между публичното и частното международно право продължава да съществува, въпреки че не е напълно точно. Например, голяма част от международното частно право се отнася до сделките на публични субекти. Освен това, докато държавите са основни субекти на международното публично право, те не са единствените субекти. Международните организации и, чрез развитието на международното право за правата на човека, физическите лица също се считат за субекти на международното публично право.

В международното право източниците на правни норми са много различни, отколкото в повечето вътрешни правни системи, тъй като глобалната политическа система на суверенните държави се различава фундаментално от вътрешните политически системи. Въпреки че съществуват важни разлики в източниците на правото между отделните държави, вътрешното законодателство обикновено идва от националните конституции, регионалните норми, парламентарните или изпълнителните разпоредби и съдебните решения. За разлика от вътрешните политически системи, по принцип няма наднационален орган в рамките на глобалната система, който да разработва и прилага закони срещу суверенните държави. При липса на наднационален орган, държавите установяват правилата на международното право. Авторитетен списък на източниците на международното право е наличен в Член 38, параграф 1 от Статута на Международния съд.

Договорите също са предмет на международното право: Виенската конвенция от 1969 г. за правото на договорите. Виенската конвенция, така нареченото право на договорите, предоставя общи правила за прилагане и тълкуване на договорите. Тя потвърждава общата употреба на термина договор, като дефи-

<sup>25</sup> Пак там.

нира договор като „международно споразумение, сключено между държави в писмена форма и уредено от международното право, независимо дали е въплътено в един инструмент или в два или повече свързани инструмента и каквото и да е конкретното му означение”.<sup>26</sup> Термините договор, конвенция, протокол и пакт до голяма степен се използват взаимозаменяемо в международния правен език. Член 19 от Виенската конвенция определя основния правен принцип относно спазването на договорите, *pacta sunt servanda*: „Всеки действащ договор е задължителен за страните по него и трябва да се изпълнява добросъвестно.”<sup>27</sup>

Втори важен източник на международното право е международното обичайно право. Аналогично на вътрешните правни концепции като използването на търговията и хода на дейността, идеята зад обичайното международно право е, че широко разпространената международна практика, предприета от чувство за правно задължение, създава разумни очаквания за бъдещо спазване и представлява имплицитно съгласие за създаването на правни действия. Определянето дали дадена практика представлява или не обичайното международно право е сложен анализ, който прилича повече на изкуство, отколкото на наука. Но като цяло определянето изисква почти еднородна практика, предприета поради чувството за правно задължение. С някои важни изключения, след като дадено правило е признато за част от обичайното международно право, то обикновено се счита за обвързващо за всички държави.

Например, Виенската конвенция се приема като декларация на международното обичайно право и е задължителна за всички държави, включително тези, които не са я ратифицирали официално. Подобно на договорното право, обичайното международно право произтича от съгласието на държавите. Държавите страни по договор изрично се съгласяват да бъдат обвързани от кодифицирани правила, докато с обичайното международно право държавите имплицитно се съгласяват да бъдат обвързани с определени правила чрез последователна държавна практика.

В допълнение към обвързващото международно право, държавите създават голямо разнообразие от необвързващи правни инструменти, които могат да имат важно въздействие върху поведението на държавата. Такива инструменти включват резолюции, декларации, кодекси за поведение, насоки или стандарти. Независимо от наименованието, общите декларативни резолюции в по-голямата си част са предназначени да бъдат необвързващи инструменти, изразяващи общия интерес на много държави в специфични области на международното сътрудничество. Важно е, че тези необвързващи международни правни инструменти не са сравними с доброволни инструменти, приети на

<sup>26</sup> Toebes, B. *International health law: an emerging field of public international law*. Springer.com [Посетено на 25.05.2022]

<sup>27</sup> Пак там.



национално ниво или от индустрията. Като цяло, нищо в такива необвързващи междуправителствени резолюции не забранява на държавите да включват условията на инструментите в националното законодателство.<sup>28</sup>

Подобно на договорите, тези необвързващи инструменти могат да бъдат механизми за постигане на международен консенсус относно правилата и за насърчаване на последователни действия на държавата. Има забележителни примери за необвързващи инструменти в общественото здравеопазване с важни политически въздействия, разработени под егидата на различни международни организации. Например, Декларацията на СТО от Доха относно търговията и общественото здраве, се смята, че има напреднало глобално разбиране и, може би, действия по въпросите на търговията и здравето, особено във връзка с достъпа до основни лекарства. Въпреки че правното значение на декларативният инструмент е неясен.

Понякога необвързващите междуправителствени резолюции са били силно убедителни и поведението на държавите е било склонно да следва принципите, заложили в тези резолюции. Ефективността на някои необвързващи междуправителствени резолюции за насърчаване на международното сътрудничество кара някои коментатори да ги наричат „меко право“, въпреки че терминът е силно противоречив. Такива инструменти често се договарят внимателно и понякога се изготвят с намерението да повлияят на държавната практика. Необвързващите правни инструменти понякога също проправят пътя за еволюцията на договорното право, като генерират постоянен дипломатически консенсус.

Не всички резолюции водят до развитие на формализирани договорни задължения или са важен фактор в държавната практика. Въпреки това, междуправителствените резолюции, особено резолюциите на Общото събрание на ООН, които често се подкрепят от влиятелни държави, имат политическо значение, което може да стимулира националното поведение и да доведат до евентуално развитие на обвързващо международно право.

Важно е да се признае, че международното право е по своята същност несвършен механизъм за международно сътрудничество. Вродената слабост на международното право произтича до голяма степен от основния принцип на държавния суверенитет. Законът, който се създава и законът, който се прилага, зависят от волята на държавите. В процеса на сключване на договори държавите изрично се съгласяват да създават правила, които да управляват и по този начин да ограничават собственото си поведение и това на своите граждани чрез разработването и прилагането на законодателство и други политики, в

---

<sup>28</sup> Toebes, B. International health law: an emerging field of public international law. springer.com [Посетено на 25.05.2022]

зависимост от условията на договора, които са в съответствие с техните международни ангажименти.<sup>29</sup>

Концепцията за суверенитет е широко разпространена в международната система и държавите като цяло не са склонни да жертват свободата си на действие чрез разработването на обвързващи международни задължения. Свързана слабост, произтичаща от принципа на суверенитета, е общата липса на официални механизми за прилагане в повечето съвременни икономически и социални споразумения. За разлика от механизма за разрешаване на спорове, в повечето социални и икономически договори и други инструменти държавите не включват механизми, които да принудят страните да спазват своите международни правни ангажименти.

Фактът, че много договори са склонни да се спазват добре на практика, до голяма степен отразява идеята, че те обикновено се разглеждат като взаимноизгодни за всички страни. В допълнение, нараства съзнанието, че неуспехът на държавите понякога да изпълнят международните ангажименти може да отразява повече липса на капацитет, отколкото политическа воля. Много държави, особено развиващите се страни, са изправени пред остри проблеми с ограниченията на ресурсите и капацитета при прилагане на съвременните договори. Последният напредък в международния законодателен процес разширя механизмите за справяне с тези проблеми на вътрешния капацитет чрез международни програми за техническа и финансова помощ, включени в текстовете на съответните конвенции.<sup>30</sup>

Международното право и международният законодателен процес страдат от други важни трудности. По-специално, самият международен законодателен процес се характеризира с множество предизвикателства и ограничения – включително предизвикателства пред навременната национална ангажираност от страна на държавите чрез навременна ратификация и прилагане на договорите – въпреки че през последните няколко десетилетия е постигнат значителен напредък.

Възникващо предизвикателство в международното законодателство в областта на здравеопазването е ограничаването от субекти, които са част от международното право и по този начин имат право да участват в международни споразумения и да притежават права и задължения по тях. Държавите традиционно са били единствените субекти на международното право. Обхватът на това право е разширен едва през XX век, за да включва лица и международни организации.

Въпреки това естеството на глобалното здравеопазване и основните участници в здравната политика се променят по такъв начин, че оспорват този

<sup>29</sup> Пак там.

<sup>30</sup> Toebes, B. International health law: an emerging field of public international law. springer.com [Посетено на 25.05.2022]

ограничен подход към международното правно сътрудничество. Като начало, в ерата на глобализация, изключителният фокус върху териториалната държавност е без значение за глобалната здравна политика. Някои „недържави“, вариращи от Тайван до Палестина, са изключени от редица международни споразумения поради липса на държавност. В допълнение, основните участници в глобалната здравна политика днес, включително фондации и широк спектър от значими публично-частни партньорства, като Глобалния алианс за ваксини и имунизации и Глобалния фонд за СПИН, туберкулоза и малария, или организации на гражданското общество, като Лекари без граници, също са изключени от международния законотворчески процес.

Основно предизвикателство за този век е да се създадат механизми за насърчаване на по-ефективно сътрудничество между държавите и другите основни здравни участници съгласно международното право.

Въпреки очевидните ограничения на официалния международен законотворчески процес и присъщите предизвикателства от използването на договорите за насърчаване на колективни действия, самите договори могат да бъдат полезни за повишаване на глобалната осведоменост и стимулиране на международна ангажираност и национални действия. Тъй като нарастващият брой заплахи за здравето са глобални по обхват или имат потенциал да станат такива, международните правни споразумения, включително договорите, вероятно ще придобият все по-голямо значение и съществен компонент от глобалното здравно управление. Следователно международните правни споразумения, както обвързващи, така и необвързващи, вероятно ще се превърнат във все по-важен фактор в основата и насочването на националната политика и действия в областта на здравето.

Процесът на международното законотворчество, като идентифицирането на международни правни правила, е много различен от този в повечето национални правни системи. Уникалният характер на международния законотворчески процес, като самите международни правни норми, може да се разбира като следствие от основния принцип на държавния суверенитет. В международната политическа система като цяло не съществува наднационален орган, който да създава задължителни международни правила.

Международното здравно право до голяма степен се основава на договори и повечето от тях днес обикновено се извършват под егидата на мултинационални организации. По-голямата част от глобалните законодателни проекти обикновено се осъществяват в обществени международни организации, тъй като тези институции функционират като официални механизми за многостранни преговори и сътрудничество за своите държави-членки. Международните организации могат да улеснят усилията за сключване на договори, тъй като техните структури и административни договорености им позволяват да служат като стабилни и продължаващи форуми за преговори.

През последните години се наблюдава значително развитие в областта на международната организация със значително увеличение на броя на самите организации, действащи в областта на здравеопазването. В рамките на системата на ООН, например, организации със значително участие в здравния сектор включват СЗО, УНИЦЕФ, ФАО, ЮНЕП, ПРООН и Световната банка. Като цяло все по-голям брой международни организации служат като платформи за кодификация на международното здравно право, докато други оказват значително влияние върху развитието на международното право в тази област.<sup>31</sup>

Важно е да се признае, че не всички международни организации имат правомощия за законотворчество или правен мандат да служат като платформа за международни здравни преговори. Световната банка, например, е организация, която е силно влиятелна в областта на здравеопазването, но няма действителни законови правомощия да служи като рамка за преговори за договори. В международната правна система законотворческата власт винаги е изразена и никога не се подразбира. Съществуването и обхватът на законотворческата власт обикновено могат да бъдат идентифицирани чрез внимателно изследване на учредителния инструмент на организацията, обикновено нейната конституция.

Днес има значително припокриване на юрисдикциите в областта на международното здравно законодателство. За разлика от повечето национални системи, в които усилията по законотворчеството са до голяма степен координирани в интегрирана правна система, в международната такава усилията по законотворчество между различни международни организации са известни като некоординирани. При липсата на „организация-чадър“, която да управлява усилията по законотворчество, разпространението на международни организации с припокриващи се правни правомощия и амбиции създава риск от институционално претоварване и непоследователно определяне на стандарти.

---

<sup>31</sup> Toebes, B. International health law: an emerging field of public international law. springer.com [Посетено на 25.05.2022]

## ВТОРА ГЛАВА. ПРИМЕРЪТ НА БЪЛГАРИЯ

### 1. Българското здравно законодателство през годините

Днес основното предизвикателство пред България е да настигне по-развитите държави-членки по отношение на здравните услуги. Самият процес на реформи започва през 90-те години на миналия век и продължава днес. Въпреки това, той все още не е постигнал своите цели.

Основната цел и всъщност предизвикателство е да се подобри здравето на населението. Конкретният успех зависи от подобряването на конкурентоспособността и структурните реформи, особено в здравната система, за да се стимулира растежът. Това изисква силна политическа подкрепа.

Министерството на здравеопазването отговаря за националната здравна политика и цялостната организация и функциониране на здравната система. Българската здравна система е реформирана съгласно Закона за здравното осигуряване от 1998 г. в здравноосигурителна система със задължително и доброволно здравно осигуряване.<sup>32</sup> Участници в осигурителната система са:

- осигурените лица;
- доставчиците на здравни услуги и;
- плащащите трети страни: НЗОК, единният платец в системата на социалното здравно осигуряване (СЗО) и дружествата за доброволно здравно осигуряване (ДЗО).

Българската здравноосигурителна система покрива диагностични, лечебни и рехабилитационни услуги, както и лекарства за осигурени лица. Министерството на здравеопазването отговаря за обществените здравни услуги, спешна помощ, трансплантации, трансфузионна хематология, лечение на туберкулоза и стационарно психично здраве.

От друга страна, доставчиците на здравни услуги са автономни самоуправляващи се организации. Частният сектор включва цялата първична медицинска, дентална и фармацевтична помощ, по-голямата част от специализираната извънболнична помощ и някои болници. Университетските болници и националните центрове, националните специализирани болници се управляват от държавата.

Българската държава отговаря и за „центрове за спешна медицинска помощ, психиатрични болници, центрове за трансфузионна хематология и диализа, както и 51% от капитала на регионалните болници“.<sup>33</sup>

<sup>32</sup> Закона за здравното осигуряване. Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г.изм. и доп. ДВ. бр.32 от 26 Април 2022г.

<sup>33</sup> Димова, А. и колектив. България. Анализ на здравната система. Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2019. стр. 19

Периодът след възникване на демокрацията (1989 г.) се свързва с промяна на здравната система. До 1996 г. структурата ѝ се основава на болнично и амбулаторно-поликлинично обслужване. „Финансирането на системата се извършва за сметка на държавния бюджет, а управлението и контрола на системата се осъществява почти изцяло от държавата.“<sup>34</sup> Самите подходи, използвани в организацията и управлението на здравеопазването, са:

- административен – той е свързан с разработване на национални и регионални здравни карти, определяне количеството и дислокацията на основните категории здравни ресурси;<sup>35</sup>
- акредитационен – той е свързан със степента на съответствие на определени параметри на болниците с определени изисквания;<sup>36</sup>
- подход, основан на определяне на стандартите – нормативно определени качествени параметри на болниците към конкретни изисквания.<sup>37</sup>

В почти шестнадесет годишен период (от 1980 до 1996 г.) се наблюдава цялостно увеличаване на размера на използваните ресурси, свързани с оказване на медицински услуги за населението. До периода на т.нар. политически и социален преход (1990 г.), „легловият фонд се характеризира с нарастване в абсолютна стойност, след което търпи известни колебания в двете посоки“.<sup>38</sup> Това, в съчетание с отрицателния прираст на населението – показателят „брой болнични легла“ на 100 000 души бележи трайно нарастване.

Съгласно посочения закон от 1998 г., всички български граждани са задължително здравноосигурени. Основни нормативни документи контролиращи това са: Конституцията на Република България, Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и други национални и международни документи.<sup>39</sup>

Година след споменатия закон се въвежда и Законът за лечебните заведения. Той акцентира върху създаването на регламент за устройството, дейността и структурата на болниците, както и урежда нормите, функционирането, преобразуването и други особености на лечебните заведения. Поставен е и акцент на връзката им с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

<sup>34</sup> Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. Министерство на финансите. Отдел „Микроикономически анализи“. Дирекция „Бюджет“

<sup>35</sup> Пак там.

<sup>36</sup> Пак там.

<sup>37</sup> Пак там.

<sup>38</sup> Пак там.

<sup>39</sup> Димова, А. и колектив. България. Анализ на здравната система. Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2019. стр. 19

## 2. Съвременна структура и здравно законодателство

Според Концепцията за по-добро здравеопазване, „в България се наблюдават регресивни тенденции на общественото здраве“.<sup>40</sup> Това може да бъде изтълкувано с нарастването на нуждата за подобряване на сектора и търсенето на нови способности, средства и възможности за създаване на сходни условия за достъп до самото здравеопазване.

Това не се отразява съществено до момента на редица здравни показатели на страната ни, сред които:

- Средната продължителност на живота в България е с 6 години по-малка от средната в Европейския съюз.
- Смъртността в страната спрямо данни за 2009г е 14.2‰ (ЕС – 9.64‰, 2008 г.).
- Стандартизираният показател за смъртност от сърдечносъдови заболявания България е 611.28% (2008 г.) и остава изключително висок в сравнение с този за ЕС – 245.79% (2007 г.).
- Перинаталната детска смъртност се задържа висока (11.3 на 1000 родени деца през 2009 г.) срещу – 5.8‰ за страните от ЕС (2008 г.).
- Въпреки наличието на повече лекари на глава от населението (370 на 100 000) спрямо средната за ЕС, неудовлетвореността от здравната ни система е обективен факт по отношение на пациентите.<sup>41</sup>

Данните посочени тук, представени нагледно в споменатата Конвенция за по-добро здравеопазване показват, че повече от 15 години след присъединяването ни към Европейския съюз, сектор здравеопазване остава критичен.

Конкретните проблеми са надлежно изброени в Конвенцията и ще бъдат цитирани в тази точка. Преди това е важно да се отбележи, че те не са проблем, формирал се в последните години, а по-скоро негативна тенденция, развиваща се в периода след прехода. Някои от тях са обобщаващи за целия сектор, други касаят здравеопазването в частност, трети са по-скоро локални и обхващат регионалните лечебни заведения. Обобщението им обаче показва една запознатост на здравните специалисти и министерството с проблема, а именно:

- Конкретната нараснала несигурност на обществото, която е вследствие на нарушен интегритет и дестабилизиране на здравеопазването като цялостна система;
- Здравното законодателство е определено като фрагментирано и вътрешно противоречиво. Даден и е конкретен пример – много здравни закони са без здрава логична връзка помежду им;

<sup>40</sup> Концепция за по-добро здравеопазване.

<sup>41</sup> Пак там.

- Наличие на слаба взаимовръзка и координация между първичната медицинска помощ, специализираната извънболнична помощ, болничната помощ и спешната помощ;
- Висока цена за здравно осигуряване в сравнение с държавно бюджетното финансиране на здравеопазването;
- Конкретното нерационално и безконтролно внедряване на пазарни механизми в здравеопазването чрез механично прилагане на външен за специфичната медицинска дейност нормативен акт – даден е пример с Търговския закон;
- Тук като под проблем може да се отбележи безкритично преобразуване на публичните лечебни заведения в търговски дружества;
- Акцентирано е и върху неадекватно разширяване обема на обществено финансираните здравни услуги с вътрешно присъщи дефицити при възприетия модел на финансиране и управление;
- Определено е за „неефективно“ неприоритетно изразходване на и без това ограничените обективно здравни ресурси;
- Определено е за „неправилно“ внедряването на клиничните пътеки като единствен механизъм на финансиране (вместо като регулатор на качеството);
- Определено е за „нереалистично“ залагането на максималистични очаквания от здравната реформа, пораждащи нарастваща обществена неудовлетвореност от здравеопазването;
- Отбелязана е липса на ефективно обвързване между интересите на частния сектор и обществените здравни интереси;
- Дефинирана е „управленска немощ“ в здравната система;
- Акцентирано е върху слабо развития управленски професионализъм с липса на професионален здравен мениджмънт в системата.
- Дейността и ролята на някои от съсловните организации за етичното регулиране на медицинския труд е определена като „неефективна“;
- Наблюдават се диспропорции в заплащането на лекарския персонал по региони и по специалности, генериращи корупционни практики.<sup>42</sup>

Тези тенденции цялостно се проявиха и последните две години, особено акцентирани с кризата от Covid-19. Недостигът на информация в началото на пандемията и липсата на научен консенсус затрудниха комуникацията на мерките. Докато държавни служители повтаряха, че България има достатъчно легла и настояваха, че ситуацията е овладяна, болничният персонал рисуваше съвсем различна картина. Според тях липсата на персонал и достатъчно добре организирана система за управление на кризи в здравния сектор са сред основните проблеми пред българското здравеопазване.

<sup>42</sup> Концепция за по-добро здравеопазване.



От друга страна, държавата не предприе никакви мерки за облекчаване на достъпа до лечебни заведения или за промяна на размера на вноските за здравно осигуряване.

Липсата на медицински специалисти е особено остра извън столицата София. Кризата с кадрите предшества пандемията, тъй като българските медицински специалисти излязоха от страната, привлечени от по-добри перспективи за кариера и по-високо заплащане в Западна Европа.

Друга важна особеност е свързана с финансирането на самата система. България има смесена публично-частна система за финансиране на здравеопазването. Здравеопазването се финансира от вноски за задължително здравно осигуряване, данъци, плащания от „джоба“ на населението, както и премии за доброволно здравно осигуряване, корпоративни плащания, дарения и външно финансиране. Общите разходи за здравеопазване като дял от brutния вътрешен продукт (БВП) се увеличават от 5,3% през 1995 г. на 7,3% през 2008 г.<sup>43</sup> Структурата на общите разходи за здравеопазване се променя с течение на времето, като частните разходи се увеличават за сметка на публичното финансиране. През 2008 г. публичните разходи за здравеопазване като дял от общите разходи за здравеопазване са 57,8%, докато частните разходи са 42,2%.<sup>44</sup>

Въпреки това се отбелязва, че в страната „няма баланс между правото и отговорността за здравето“.<sup>45</sup> Това се свързва с липсата на възможност за бъдеща промяна, която е възпрепятствана от сериозен дисбаланс и принципни различия в отношението на населението и на работещите в здравеопазването към тази промяна. Наблюдава се тенденция за съпротива или подкрепа. „Населението ще разчита на гарантирана общодостъпност до медицинска помощ, а заетите в сектора – на по-справедливо и по-високо възнаграждение. Този дисбаланс се заражда и поддържа от липсата на здрав ефективен мениджмънт и системен контрол на медицинската дейност“.<sup>46</sup>

Европейската практика показва, че за „преодоляване съпротивата срещу промяната и за засилване на нейната подкрепа е необходима широка предварителна подготовка на общественото и професионално мнение относно обективната необходимост от известни ограничения и от по-прецизно регулиране на цялостния процес на медицинска помощ“.<sup>47</sup>

Друг основен способ в организацията на здравните услуги в страната е т. нар. Националната здравна карта. Тя урежда планирането и разпределението на лечебните заведения, съгласно чл.29, ал.1 от ЗЛЗ. Съгласно чл.33, ал.3, т.5 от

<sup>43</sup> Димова, А. и колектив. България. Анализ на здравната система. Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2019.

<sup>44</sup> Пак там.

<sup>45</sup> Концепция за по-добро здравеопазване.

<sup>46</sup> Пак там.

<sup>47</sup> Концепция за по-добро здравеопазване.

ЗЛЗ, самата карта съдържа минималния брой лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, с които НЗОК задължително сключва договори за оказване на медицинска помощ.<sup>48</sup>

Според анализатори, тази карта не може да бъде определена за „адекватна на потребностите от свободен достъп до здравна помощ“, защото има нужда от оптимизиране на болничната мрежа, реструктуриране на здравните мощности в общините, създаване на стимули за по-равномерно разпределение на специализирания лекарски екип в различните населени места.<sup>49</sup>

Основен купувач на здравни услуги е НЗОК. Вноските за социално здравно осигуряване се изчисляват на месечния доход, плащан от осигурените лица, техните работодатели или държавата. Отношенията между НЗОК и доставчиците на здравни услуги се основават на договорния модел. Фондът и професионалните сдружения на лекари и стоматолози подписват Национален рамков договор (НРД), който регламентира формата и оперативните процедури на системата за задължително здравно осигуряване. Въз основа на това, доставчиците подписват индивидуални договори с регионалните клонове на фонда. На доставчиците се заплаща основно за услугите, които ще предоставят на населението на база такса за услуга и на глава от населението.

Доброволното здравно осигуряване се предоставя от акционерни дружества с нестопанска цел, предназначени само за доброволно здравно осигуряване. Извън пакета, покриван от НЗОК, всички граждани са свободни да закупват различни застрахователни пакети. Доброволните здравноосигурителни дружества могат да покриват и разходите за услуги, включени в основния пакет обезщетения, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Прави се и основен извод, свързан с това, „че връзката между първичната, специализираната и болничната помощ, платени от здравната каса, е значително бюрократизирана и усложнена“.<sup>50</sup> Това води до увеличаване на обема време, усилията и личните финансови средства, които влага всеки пациент, и който трябва да премине от общопрактикуващия лекар до болничното заведение.

Като друг проблем се посочва това, че възможността на различните социални групи за достъп до здравните услуги, финансирани от здравната каса, е неравнопоставен. „Пациентите с по-висок социален статус и дефицит на време избягват екстензивния достъп до здравни грижи и не ползват здравните услуги, платени от НЗОК, независимо от това, че плащат здравни осигуровки. Пациентите без финансови възможности са принудени да изразходват значи-

<sup>48</sup> Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. Министерство на финансите. Отдел „Микроикономически анализи“. Дирекция „Бюджет“

<sup>49</sup> Пак там.

<sup>50</sup> Пак там.

телно време и да се справят с голям обем бюрокрация.<sup>51</sup> Според здравните власти в страната обаче, това би трябвало да се промени. Акцентирани са и конкретни цели, които трябва да се следват. Те са определени дори като „приоритетни“. Основните сред тях могат да бъдат изброени, както следва:

- Гарантиране правото на пациента на информация, представителство, защита и контрол – реалното му участие в процесите на вземане на решения при определяне на здравната политика и при договаряне на използването на публичен ресурс.
- Участие на всички заинтересовани страни в договарянето на параметрите на здравната политика.
- Ефективен контрол от страна на финансиращия орган върху резултата от работата на лечебните заведения.
- Действаща система от санкции при нарушения и некоректно поведение от страна на изпълнителите на медицинска помощ.
- Въвеждане на санкции за отговорност при управление.
- Въвеждане на Национални здравни сметки – единни стандарти за събиране на информация – вземане на управленски решения, основани на доказателства.
- Въвеждане на допълнителни регулации относно работата на здравноосигурителните фондове.
- Развитие на управлението на действащия здравноосигурителен модел.<sup>52</sup>

Амбулаторните услуги са организирани по територии. Инвестициите за държавни и общински здравни заведения се финансират от държавния или общинския дял в капитала на заведението. За местните болници общинското финансиране за нови инвестиции и разходи за поддръжка показва низходяща тенденция. Има различни програми, предлагани от Министерството на здравеопазването за инвестиции в медицинска инфраструктура, по които здравните заведения могат да кандидатстват.

На ниво първична медицинска помощ има неравномерно разпределение на общопрактикуващите лекари по региони и липсата на стимули за първични и специализирани медицински практики водят до засилено използване на специализирани грижи и увеличаване на процента на хоспитализация.

Здравните услуги се предоставят от мрежа от различни публични и частни доставчици на здравни услуги. Обществените здравни услуги се предоставят от държавата и се организират и контролират от Министерството на здравеопазването. Законът за здравните заведения урежда разграничението между извънболнична и болнична помощ.

<sup>51</sup> Пак там.

<sup>52</sup> Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. Министерство на финансите. Отдел „Микроикономически анализи“. Дирекция „Бюджет“

Медицинските дейности заплащани от осигурителната институция, съгласно въведения модел на задължително здраво осигуряване са ориентирани в следните направления в извънболничния и болничния сектор:

- медицински и стоматологични дейности за предпазване от заболявания;
- медицински и стоматологични дейности за ранно откриване на заболявания;
- извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване;
- медицинска рехабилитация;
- неотложна медицинска помощ;
- медицински грижи при бременност, раждане и майчинство;
- аборти по медицински показания и при бременност от изнасилване;
- стоматологична и зъботехническа помощ;
- медицински грижи при лечение в дома;
- предписване и отпускане на разрешени за употреба лекарства, предназначени за домашно лечение на територията на страната;
- медицинска експертиза на трудоспособността;
- транспортни услуги по медицински показания.<sup>53</sup>

Общопрактикуващият лекар е ключова фигура в първичната помощ и действа като вратар за специализирана амбулаторна и болнична помощ. Броят на общопрактикуващите лекари в България бавно намалява и географското им разпределение не отразява потребностите на населението.

Амбулаторната помощ се предоставя и от специализирани амбулаторни заведения, включващи индивидуални и групови практики, медицински и медико-дентални центрове, диагностично-консултативни центрове и самостоятелни медико-диагностични или медико-технически лаборатории. Те са самостоятелни здравни заведения, повечето от които са в договорни отношения с НЗОК. Всички първични и по-голямата част от специализираните амбулаторни заведения са частна собственост. Болничната помощ се предоставя главно чрез мрежа от държавни и частни болници.

Високите нива на хоспитализация показват недостатъчно използване на амбулаторни грижи и липса на интеграция на различните нива на грижи. Реформите в здравеопазването след 1989 г. се фокусираха предимно върху амбулаторните грижи, а реструктурирането на болничния сектор все още не е в дневния ред на държавната власт.

По този начин остават както свръх предлагането на легла за спешни грижи, така и недостатъчното предлагане на дългосрочни грижи и рехабилитационни услуги.

---

<sup>53</sup> Пак там.

Дългосрочните грижи като цяло са слабо развити както по отношение на услугите в общността, така и по отношение на болничните грижи, предоставяни от специализирани болници. Регионалните центрове за спешна помощ и спешните отделения на болниците са ключови звена в организацията на спешната помощ. Спешна помощ се оказва и от личните лекари. Основните предизвикателства в тази област са недостигът на медицински специалисти и липсата на медицинско оборудване.

Това води до промени, отразени надлежно в стратегии, документи и други аналитични концепции. Така например, през 2021 г. е представената последната Национална здравна стратегия (2021-2030). Приоритетите на Стратегията са в „съответствие с определените в международните и българските стратегически и програмни документи, касаещи развитието на отделните направления на здравната политика след 2000 г.“<sup>54</sup>. Тя следва някои от ключовите концепции в тази посока в световен план, а именно:

- Програма на ООН за устойчиво развитие до 2030 г.
- Европейска рамка на политиката за здраве и благосъстояние “Здраве 2020”, СЗО
- Глобална стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания, СЗО, 2000
- Европейска стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания, СЗО, 2006
- Глобална стратегия за храненето, физическата активност и здравето, СЗО, 2004
- Глобална стратегия за намаляване на вредата от употреба на алкохол, СЗО, 2010
- Рамковата конвенция за контрол на тютюна, СЗО 2005
- Препоръка на Съвета на ЕС за среда без тютюнев дим, ЕС 2009
- Глобална стратегия за вирусни хепатити СЗО, 2016-2021
- Глобална стратегия на Световната здравна организация за превенция и контрол на ХИВ 2016-2021
- Глобална стратегия и цели за превенция, грижа и контрол на туберкулозата след 2015 г. СЗО
- План за действие за борба с туберкулозата за Европейския регион на СЗО 2016-2020 на Регионалния комитет на СЗО за Европа
- Глобална стратегия за здравето на жените, децата и подрастващите 2016-2030 г., СЗО
- Европейска стратегия за хората с увреждания 2010–2020
- Обща програма на Европейския съюз за действие за околната среда до 2020 година „Да живеем добре в пределите на нашата планета“, 2013 г.

<sup>54</sup> Национална здравна стратегия 2021-2030.

- Национална програма за развитие: Република България 2030, одобрена с Решение № 33 на Министерския съвет от 20 януари 2020 г. и др.<sup>55</sup>

Националната здравна стратегия 2021-2030 е определена в „съответствие с Визията, целите и приоритетите на Националната програма за развитие: България 2030, одобрена с Решение № 33 на Министерски съвет от 20.01.2020 г., като рамков стратегически документ, фокусиран върху три стратегически цели: ускорено икономическо развитие, демографски подем и намаляване на неравенствата.“<sup>56</sup>

В същия нормативен документ е посочено, че реализирането на стратегическите цели ще се осъществява чрез провеждане на целенасочени политики и интервенции, групирани в пет взаимосвързани и интегрирани оси на развитие – „Иновативна и интелигентна България“, „Зелена и устойчива България“, „Свързана и интегрирана България“, „Отзивчива и справедлива България“, и „Духовна и жизнена България“.<sup>57</sup>

В Стратегията е направен е и анализ, свързан с текущото състояние на функционирането на здравната система:

- Изградени са структури и органи за управление и контрол, които осигуряват нейното функционално единство и взаимодействие и задоволяват основните потребности на населението от медицинска помощ.
- Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики: Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве“ (разходите по политиката през 2019 г. са в размер на 90,1 млн. лв. при 82,9 млн. лв. за 2018 г.); Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ (разходите се увеличават от 405 млн. лв. през 2018 г. на 470 млн. лв. през 2019 г.);
- По програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, отчетените разходи до 31.12.2019 г. по програма „Подобряване на устойчивостта на НП по туберкулоза“ са в размер на 3 923,8 хил. лв.
- Общият размер на получените от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) приходи и трансфери – всичко към 31.12.2019 г., възлиза на 4 396 527,5 хил. лв., което представлява 100,3% спрямо заложените в годишния план за 2019 г. средства. В сравнение със същия период на 2018 г. се отчита увеличение с 448 457,8 хил. лв., или с 11,4%, което основно се дължи на увеличението размер на здравноосигурителните приходи през 2019 г.
- Осигуреността с лекари (42.6 на 10 000 души), надвишава средните европейски показатели (ЕС – 35.1 на 10 000).

<sup>55</sup> Пак там.

<sup>56</sup> Национална здравна стратегия 2021-2030.

<sup>57</sup> Пак там.

- Осигуреността със специалисти по здравни грижи през 2019 г. възлиза на 66,9 на 10 000 души.
- Възрастовата структура на медицинските специалисти остава неблагоприятна, като увеличаващата се средна възраст увеличава риска от дефицит на кадри поради пенсиониране.
- Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната продължава да е в тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти. Недостигът на специалисти в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, касаещи както превенцията на човешкото здраве и благополучие в частност, така и здравната сигурност на страната.
- Липсата на квалифицирани кадри, на съвременен лабораторно оборудване и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на задълженията и поетите ангажименти от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения и се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.<sup>58</sup>

Отново в стратегията се отчита „значително увеличаване на доверието към новата система на специализация и спад в желанието за емиграция на медицински специалисти, като се подчертава, че без съществени промени остава системата за продължаващо обучение в здравеопазването като препоръчителен, а не задължителен елемент.“<sup>59</sup>

За цялостния здравнополитически процес е важно не само формулирането и началното възприемане на дадена политика, но и какво се случва след това, когато тя се внедри като закон, организационен модел, професионална и управленска култура. Повечето от здравните политики и стратегии не са успешни именно в практическото им прилагане. На практика добре формулирани решения пораждаат непредвидени трудности и конфликти в процеса на тяхната реализация. Слабост на националната здравна политика е доминирането на изолирани краткосрочни приоритети, които се променят често или остават неосъществени. От друга страна, съществува изобилие от приоритети, подчинени на моментни или конюнктурни обстоятелства.

Приемането на дългосрочна стратегия за десетгодишен период ще гарантира по-голяма устойчивост на проведените политики предвид инертния характер на процесите в здравеопазването и факта, че появата на резултати често пъти надхвърля рамките на един политически мандат.<sup>60</sup>

<sup>58</sup> Пак там.

<sup>59</sup> Национална здравна стратегия 2021-2030.

<sup>60</sup> Национален план за възстановяване и устойчивост.

## ТРЕТА ГЛАВА. ПРИМЕРЪТ НА ВЕЛИКОБРИТАНИЯ И ГЕРМАНИЯ

### 1. Примерът на Германия

Медицината в Германия е насочена именно към защитата и благосъстоянието на германските граждани. В тази област непрекъснато се провеждат реформи. Следователно стратегическото развитие на здравната и социалната инфраструктура е от значение. Пациенти от цял свят са привлечени от добре развитата медицина в страната.

Медицината в Германия се счита за една от най-добрите в света. Нейните отличителни черти са:

- наличие на висококвалифицирани лекари;
- използване на най-новото оборудване;
- структурата на немски клиники;
- прилагане на иновации в лечението, рехабилитацията и диагностиката.<sup>61</sup>

Следните институции са особено добре известни в целия свят:

- Хамбургски институт Бернхард Нохт. Той е специализиран в изследването, диагностиката и лечението на редки заболявания.
- Германски сърдечен център в Берлин. Специализиран е сърдечна и белодробна трансплантация, лечение на сърдечно-съдовата система.
- Сърдечен център на Северен Рейн-Вестфалия. Това включва 4 клиники, 3 института, редица вътрешни служби. Заедно те успешно се борят със сърдечно-съдовите заболявания, диабета и неговите усложнения.
- Диагностична клиника във Висбаден.
- Дерматологична клиника към Мюнхенския университет.
- Неврохирургична клиника на университета в Кьолн.<sup>62</sup>

Според статистиката в Германия цялото население е обвързано със здравна застраховка, а именно:

- 90% от населението – държавна;
- 8% от хората – частна;
- 2% – представители на професии, свързани със специален вид застраховка.<sup>63</sup>

<sup>61</sup> Bielinska, K. and others. Equal access to healthcare in national legislations: how do Croatia, Germany, Poland, and Slovenia counteract discrimination in healthcare?. *bmchealthserves.com* <https://bmchealthserves.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07453-6> [Посетено на 30.05.2022]

<sup>62</sup> Пак там.

<sup>63</sup> Health in Germany. FEDERAL HEALTH REPORTING JOINT SERVICE BY RKI AND DESTATIS. *rki.de* [https://www.rki.de/EN/Content/Health\\_Monitoring/Health\\_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany\\_Summary.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_Summary.pdf?__blob=publicationFile) [Посетено на 31.05.2022]



Историята на медицината в Германия започва в древни времена, когато местните племена при наличие на болести търсели начини за възстановяване с помощта на билки и лечебни растения. Опитът от лечението се предавал от поколение на поколение и се развивал през вековете. Когато писмеността се появява, устните и писмените клонове на медицината се разделят. Използват се различни анатомични части на билки от познати лечебни растения като способ в медицината – семена, цветове, корени и листа. Лекарите наблюдавали въздействието върху тялото на плодовете и зеленчуците, билковите чайове; как можело да се излекува кашлица, да се премахне болката или да се излекуват редица заболявания. Лечителите от древни племена са имали представа за хирургията, примитивното лечение на тумори и фрактури в различни части на тялото. Когато през Средновековието се наблягало на църквите и комуните, но лекарите и наличието на болници допринесли за появата на медицинската помощ. Германската държавност се развива, така че не е изненадващо, че се появява и надзор над лечебните действия. Впоследствие държавата решава да издава лицензи за различни медицински дейности и да одобрява процедурата за ценообразуване на различни здравни услуги.

През 19 век (1852 г.) Прусия закрива хирургическите училища и обединява хирурзи и терапевти в една индустрия. През 1871 г. първият търговски законопроект е приет благодарение на инициативата на либерална обществена организация, ръководена от Рудолф Вирхов. Благодарение на канцлера Ото фон Бисмарк в края на XIX век в Германия е въведена първата система за социално осигуряване (единствена в света по това време). През 1939 г. е приет закон за възможността за използване на нетрадиционни методи на лечение.<sup>64</sup>

Социалното осигуряване включва всички работници и членове на техните семейства. Днес, както стана ясно над 90% от германското население е осигурено от социално осигуряване. Осигурителната система в Германия е добре обмислена здравна политика. Това е прерогатив на германската държавност. Държавата покрива разходите за здравно осигуряване за: безработни и възрастни хора; деца; безработни съпрузи; държавни служители.

Днес социалното осигуряване във федералната република включва 4 области:

- пенсия;
- здравни грижи;
- безработица;
- злополуки на работното място.

Германският социален кодекс включва следния набор от услуги в здравното осигуряване: профилактика на заболявания и опазване на здравето на работното място; редовни медицински прегледи за откриване на заболява-

<sup>64</sup> Пак там.

ния; директно лечение; спешна помощ и транспортиране на пациенти в тежки състояния.

Социалното осигуряване датира от 1881 г., когато Ото фон Бисмарк провежда т.нар. политика на „желязо и кръв“. Тогава за първи път се появява концепцията за медицинска защита и други услуги. Тази политика е насочена към лоялността на гражданите. През 1883 г. за първи път е приет закон за задължителното здравно осигуряване на работниците в някои области на индустрията.

Системата включва доброволно и задължително осигуряване. Работата на медицинските каси се ръководи от органи на самоуправление. Държавата е определила минималния набор от услуги, включени в полицата.

След Втората световна война държавата започва дейност за развитието на социалното осигуряване, което се превръща в едно от ключовите насоки в политиката на страната. Още в средата на 20-ти век германската здравна система включва структурирана медицинска помощ. Това съдържа следните видове застраховки: държавна задължителна; застраховка на частни фондове.

За човек, живеещ в Германия, понятието „платени услуги“ в тази индустрия е практически непознато. Медицината в Германия е напреднала толкова много, че здравното осигуряване/застраховане в тази страна се различава, например от българската система, по следните точки: Важи за всички членове на семейството; Застраховката осигурява наистина висококачествена медицинска помощ.<sup>65</sup>

Всеки месец от заплатата на служителя се удържа процент в специален фонд. Следователно никой, живеещ в Германия, не се притеснява от липсата на медицинска помощ в подходящия момент.

Пациентите са настанени в отделни стаи и няма часове за посещения в болницата. Оказва се, че близките могат да бъдат близо до пациента. Санитарните и хигиенни условия в болничните помещения обаче винаги са много високи. Освен това персоналят се грижи за близките на пациента. Особено приятно е, че децата са „свещени“ за германската нация, така че за комфорта на малките пациенти в болниците всичко е осигурено. Разработени са правила и стандарти за работа и поведение с деца. Първоначално лекарят се опитва да спечели доверието на детето, като дава дребна играчка или сувенир, едва след това започва прегледът. В болничното детско отделение няма тъмни цветове, само ярки такива и много играчки. След всяка детска операция родителите могат да бъдат приети в интензивното отделение (реанимация) с детето.

Разликата между българската и немската медицина по отношение на акушерството и гинекологията е, че всички медицински услуги (включително

<sup>65</sup> Health in Germany. FEDERAL HEALTH REPORTING JOINT SERVICE BY RKI AND DESTATIS. rki.de [https://www.rki.de/EN/Content/Health\\_Monitoring/Health\\_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany\\_Summary.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_Summary.pdf?__blob=publicationFile) [Посетено на 31.05.2022]

раждане) в Германия се покриват изцяло от застрахователната полица. Бременните жени се изследват, наблюдават и правят ултразвуково сканиране от гинеколози, които сами са избрали.

Освен това процесът на раждане на дете ще се извършва в обща родилна зала. Всички други желания на жената се считат за допълнителна услуга, която струва много. Всяко родилно отделение е оборудвано с нова медицинска апаратура. Единственото нещо, което плаща семейството, което очаква бебе, е отделна стая, в която съпругът на родилката може да остане денонощно.

В университетските клиники на държавно ниво е разрешено провеждането на различни изследвания. Освен това държавата осигурява всякаква възможна подкрепа по отношение на техническо оборудване и изследвания. Германската дисциплина е пример за това колко активно трябва да се развива тази сфера на обществото във всички посоки.

Важно е да се разгледа и самото законодателство. Германският закон за лекарствата (Arzneimittelgesetz, AMG) определя лекарствата като вещества или препарати, направени от продукти, които са:

- Предназначени за употреба във или върху човешкото или животинското тяло като лечебни средства със свойства за лечение, облекчаване или предотвратяване на заболявания при хора или животни или симптоми на заболяване.<sup>66</sup>

Може да се използва във или върху човешкото или животинско тяло или може да се прилага на човек или животно, за:

- възстановяване, коригиране или повлияване на физиологичните функции чрез фармакологичен, имунологичен или метаболитен ефект; или
- поставяне на медицинска диагноза.<sup>67</sup>

Лекарствените продукти включват също продукти, които са или съдържат вещества или препарати, направени от субстанции които, когато се вземат предвид всички свойства на продукта, попадат в дефиницията по-горе.

AMG също така изброява продукти, които трябва да се считат за лекарствени (например превръзки за рани и хирургически конци, ако са предназначени за употреба върху или в тялото на животните).

Федералният институт за лекарства и медицински изделия (BfArM) е отговорен за разрешаването на готови лекарствени продукти.

Федералният институт за ваксини и биомедицина (Paul-Ehrlich-Institut) (PEI) е компетентен да регулира:

- Серуми.
- Ваксини.
- Кръвни препарати.

<sup>66</sup> Пак там.

<sup>67</sup> Пак там.

- Препарати за костен мозък.
- Тъканни препарати.
- Алергени.
- Лекарствени продукти за генен трансфер.
- Продукти за терапия със соматични клетки.
- Продукти за ксеногенна клетъчна терапия.
- Кръвни компоненти, произведени чрез генно инженерство.<sup>68</sup>

Федералната служба за защита на потребителите и безопасност на храните (BVL) отговаря за регулирането на лекарствени продукти, които са предназначени за приложение на животни.

Въпреки това, много фармацевтични продукти кандидатстват за разрешение за употреба по централизирана процедура на ниво ЕС от Европейската агенция по лекарствата (EMA).

G-BA е сдружение на всички заинтересовани страни от законовия сектор на здравеопазването и представлява:

- Лекарци.
- Болници.
- Здравна каса.
- Пациенти.<sup>69</sup>

G-BA регулира подробните въпроси за възстановяване на суми чрез директиви и определя пакета от обезщетения на задължителните здравноосигурителни фондове (GKV). Федералното министерство на здравеопазването контролира G-BA.

Националната асоциация на задължителните здравноосигурителни каси (GKV-Spitzenverband) заема централна роля в германската здравна система, като е централната асоциация на здравноосигурителните фондове на федерално ниво. По-специално, този орган отговаря за договарянето на сумите за възстановяване на средства за лекарства.

Лиценз за производство от компетентния местен орган обикновено се изисква за производство на:

- Лекарствени продукти.
- Серуми.
- Антигенни тестове.
- Активни вещества, които са от човешки, животински или микробен произход или са произведени чрез генно инженерство.

<sup>68</sup> The German healthcare system. Strong. Reliable. Proven. bundesgesundheitsministerium. de [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629\\_BMG\\_Das\\_deutsche\\_Gesundheitssystem\\_EN.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf) [Посетено на 31.05.2022]

<sup>69</sup> Пак там.

- Други вещества от човешки произход, предназначени за производство на лекарствени продукти.<sup>70</sup>

Както AMG, така и SGB V определят регулаторната рамка за получаване на разрешение за търговия и пускане на лекарства на пазара. Готовият лекарствен продукт може да бъде пуснат на пазара само след издаване на разрешение за търговия от германския висш федерален орган или Европейската комисия. Пускането на пазара се определя като:

- Поддържане на склад за продажба или други форми на доставка.
- Изложение и предлагане за продажба.
- Раздаване на продукта като част от т.нар. „безплатни лекарства“.<sup>71</sup>

Съществува списък с лекарствени продукти, които могат да бъдат пуснати на пазара, без да бъдат одобрени (раздел 21, параграф 2, AMG). Най-важното освобождаване от това одобрение се отнася до продукти, за които основните етапи на производство се извършват в аптека. По същия начин не е необходимо одобрение за продукти, за които се произвеждат до 100 опаковки за един ден, които се разглеждат и приемат в рамките на лиценз за работа на аптека.

За лекарите разрешението за употреба е индикация за вероятността лекарството да е ефективно при определеното показание и следователно може да бъде предписано и приложено. Въпреки това, лекарството се възстановява само от задължителното здравно осигуряване за първата година след достъпа до пазара. Това е голямо изменение съгласно Закона за реорганизация на фармацевтичния пазар (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, AMNOG). След първата година решението за възстановяване се взема чрез конкретна процедура за оценка. В зависимост от това дали активното вещество е ново, съществуват законови процедури (по-специално за извънболничния сектор), които оказват пряко влияние върху определянето на цените на лекарствата в рамките на задължителното здравно осигуряване.

Специфични пазарни разрешения за генерични фармацевтични продукти са налични от 2005 г. (раздел 24b, параграф 5, AMG). Едно генерично лекарство трябва само да бъде подобно, а не идентично с патентования продукт. Въпреки това, производителят трябва да представи документация за предклинични и клинични изпитвания – модул 4 и модул 5 от CTD.

Лекарствата с рецепта са тези, които:

- Съдържат вещества, определени с наредба на Федералното министерство на здравеопазването.

<sup>70</sup> Пак там.

<sup>71</sup> The German healthcare system. Strong. Reliable. Proven. bundesgesundheitsministerium. dr [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629\\_BMG\\_Das\\_deutsche\\_Gesundheitssystem\\_EN.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf) [Посетено на 31.05.2022]

- Раздават се на животни, използвани в производството на храни.
- Съдържат вещества, които не са общоизвестни в медицинската наука.<sup>72</sup>

Лекарствата, отпускани с рецепта, могат да се предпишат на потребителите само ако това е направено от лекар, зъболекар или ветеринарен лекар. Пускането им на пазара изисква показване на индикацията „verschreibungspflichtig“ (само с рецепта) върху контейнерите или външната опаковка (раздел 10, подраздел 1, № 10, AMG). Освен това лекарствата, отпускани с рецепта, могат да се продават само в аптеките (раздел 43, подраздел 3, AMG). Неспазването на тези правила подлежи на наказателни санкции, определени в раздели 95 и 96 от AMG. Лекарствата, отпускани с рецепта, обикновено се покриват от задължителното здравно осигуряване (раздел 31, SGB V), освен ако не се прилага изключение съгласно раздел 92 от SGB V.

Лекарствата без рецепта могат да се продават в търговски обекти, ако не се изисква да се продават в аптеките (раздели 43 до 47, AMG) и са изпълнени критериите в раздел 50 от AMG. Разходите за лекарства без рецепта обикновено не се покриват от задължителната здравна застраховка, с някои изключения (раздел 34, SGB V). Тези изключения включват например лечението на деца под 12 години, както и специфични решения на G-BA за лечение на тежки заболявания (раздел 92, SGB V).

Ако дадено лекарство е одобрено в друга държава-членка на ЕС, производителят може да кандидатства за одобрение съгласно международните стандарти. Конкретното европейските се регулират от Директивата за Кодекса за хуманните лекарства (2001/83/ЕС). За да отговаря на условията за тази процедура, лекарствения продукт трябва вече да е получил разрешение за търговия в една държава-членка. В този случай се влиза в хипотезата на процедурата по взаимно признаване, регулирана от ЕМА.<sup>73</sup>

Подадените заявления трябва да са идентични и всички държави-членки трябва да бъдат уведомени за тях. След като държава-членка реши да оцени лекарствения продукт (в този момент тя става „референтна държава-членка“), тя уведомява за решението си другите държави-членки (които стават „заинтересованите държави-членки“), до които също са подадени заявления. След това засегнатите държави-членки спират собствените си оценки и изчакват решението на референтната държава-членка за продукта. Необходимо е да се предостави по-малко информация, тъй като референтната държава-членка разглежда всички документи и дава одобрението. Съответните държави-член-

<sup>72</sup> Пак там.

<sup>73</sup> The German healthcare system. Strong. Reliable. Proven. bundesgesundheitsministerium. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629\\_BMG\\_Das\\_deutsche\\_Gesundheitssystem\\_EN.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf) [Посетено на 31.05.2022]

ки трябва да се позовават на това одобрение, освен ако не са налице сериозни съображения за безопасност.

Лекарствата могат да се внасят в Германия, ако отговарят на AMG или ако са регистрирани съгласно Регламента на ЕМА. Лекарства, които не са одобрени или регистрирани, не могат да се продават или купуват в Германия, дори ако има налични сравними лекарства.

За да внася лекарства от страна извън ЕС/ЕИП, вносителят трябва да предостави сертификат на националния орган на страната износител, който доказва съответствието на производителя със стандартите за добра производствена практика (GMP), прилагани от държавите-членки на ЕС. За да избегне контрол от страна на националните органи, ЕС подписва споразумения за взаимно признаване, които позволяват на страните да разчитат взаимно на системите за проверка на добрите производствени практики. Например ЕС е подписал споразумения с Австралия, Канада и САЩ.

Има изключения за лична употреба и пътувания. Освен това, малък брой лекарства могат да бъдат поръчани от страни извън ЕС/ЕИП от базирана в Германия аптека, ако активното вещество не е налично в Германия.

Износът на лекарства от Германия обикновено не подлежи на специфични ограничения, ако:

- Лекарствата могат да бъдат пуснати на пазара в Германия;
- Износителят отговаря на критериите за търговия на едро, посочени в раздел 52а от AMG.<sup>74</sup>

Следните лекарства не могат да бъдат пуснати на германския пазар и следователно не могат да бъдат изнасяни (освен ако не са разрешени от компетентния орган на страната на местоназначение):

- Лекарства, които се считат за опасни или некачествени в значителна степен.
- Лекарства, които носят подвеждащи имена, информация или спецификация.
- Фалшифицирани лекарства.<sup>75</sup>

Освен това е забранен износът на продукти, използвани за изпълнение на смъртни наказания (член 3, Регламент (ЕС) 2019/125 относно търговията с определени стоки, които могат да бъдат използвани за смъртно наказание, изтезания или друго жестоко, нечовешко или унизително отношение или наказание).

Паралелната търговия с разрешени от Общността лекарства трябва да бъде сведена до знанието на ЕМА и по-късно докладвана или на VfArM, или на PEI, в зависимост от вида на медицинския продукт (Регламент на ЕМА и съобщение).

<sup>74</sup> Пак там.

<sup>75</sup> Пак там.

ние на Комисията относно процедурите за издаване на разрешение за търговия на Общността за лекарствени продукти (98/С 229 /03)).

Законът за рекламата в здравеопазването (HWG) урежда популяризирането и рекламата на лекарства, насочени към здравните специалисти и широката общественост. Една дейност обикновено попада в обхвата на HWG само ако е свързана с продукта и има за цел да увеличи продажбите му. Дейностите, свързани с компанията, се уреждат от Закона срещу нелоялната конкуренция (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, UWG). AMG също така налага изисквания за взаимодействие със здравни специалисти и пациентски организации.

Няколко индустриални насоки се прилагат и за маркетинговите дейности на фармацевтичните компании, свързани с продукти и компании, независимо дали са насочени към здравни специалисти или широката общественост. Те включват:

- Кодекс за поведение на лекарствата и сътрудничество в асоциацията на здравния сектор (Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen eV, AKG), издаден от Германската асоциация на фармацевтичната индустрия (BPI).
- Кодексът за поведение на здравните специалисти, издаден от Асоциацията на фармацевтичните компании, базирани на научни изследвания (VfA).<sup>76</sup>

Тези отраслови насоки са задължителни за членовете на BPI и VfA. Спазването се наблюдава и санкционира от Асоциацията за доброволно саморегулиране на фармацевтичната индустрия (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie eV, FSA) и Арбитражния съвет на AKG. Въпреки това, фармацевтичните компании, които не са членове на BPI или VfA, също трябва да спазват тези насоки, тъй като съдилищата се позовават на тях, когато преценяват дали дадена маркетингова дейност нарушава приложимите законови разпоредби (включително общи разпоредби, които се прилагат за други сектори на индустрията).<sup>77</sup>

Като цяло рекламите, свързани с продукти и свързаните с компанията реклами, насочени към здравни специалисти, не трябва да бъдат подвеждащи или несправедливи, което означава, че промоционалната декларация трябва да бъде правилна и, ако е необходимо, проверяема. HWG и UWG съдържат конкретни примери за подвеждащи или нечестни реклами.

Рекламите, свързани с продукти, трябва да отговарят на следните изисквания:

<sup>76</sup> Health in Germany. FEDERAL HEALTH REPORTING JOINT SERVICE BY RKI AND DESTATIS. rki.de [https://www.rki.de/EN/Content/Health\\_Monitoring/Health\\_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany\\_Summary.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_Summary.pdf?__blob=publicationFile) [Посетено на 31.05.2022]

<sup>77</sup> Пак там.



- Промотираният лекарствен продукт не трябва да се описва като притежаващ терапевтична ефикасност или ефекти, които не притежава.
- Рекламата не трябва да създава фалшиво впечатление, че успехът е гарантиран или че препоръчителната употреба няма странични ефекти.
- Рекламата трябва да упоменава задължителна информация относно популяризираното лекарство.
- Промотираните показания трябва да са в съответствие с разрешението за търговия, обобщението на характеристиките на продукта и листовката.<sup>78</sup>

Прилагат се и специфични разпоредби за защита на широката общественост. Например, рекламирането на лекарства, отпускани само по лекарско предписание, за широката публика е забранено. Тази забрана гарантира, че здравните специалисти вземат независими решения относно предписването на определени лекарства въз основа единствено на медицински съображения, които не са повлияни от пациента. Освен това HWG съдържа списък с примери за реклами, които не трябва да бъдат насочени към хора, различни от здравни специалисти, тъй като те са потенциално подвеждащи или манипулативни.

## 2. Примерът на Великобритания

Националната здравна служба (NHS) на Обединеното кралство се счита за една от най-добрите в света. По време на пандемията от Covid-19 тя е „тествана“ както никога досега, но служителите продължават да работят, за да спасят хиляди животи, въпреки изключително тежката ситуация, а обществената оценка за националната здравна система се увеличава.

Тази служба започва своя път в разгара на икономическите страдания, причинени от Втората световна война. Политиците от години обмисляли създаването на обществена здравна система, но след конфликта нуждата стана по-неотложна. Тогавашният здравен министър Аневрин Беван изготвя Закона за националната здравна служба през 1946 г., въпреки противопоставянето на други министри на правителството и дори на Британската медицинска асоциация. Законът води до това, че до 1948 г. над 2500 болници в Обединеното кралство са национализирани и се създава NHS.<sup>79</sup>

Самият Беван е първият, който въвежда принципа, че един човек без много пари и без застраховка може да получи достъп до здравеопазване, което е голяма промяна за маргинализираните групи по това време, особено бедните и жените. Идеята, че този тип услуги трябва да бъдат безплатни за всички и да се основават на здравните нужди на всеки гражданин, а не на способността им

<sup>78</sup> Пак там.

<sup>79</sup> Chang, J. and others. The UK Health care system. columbia. edu <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf> [Посетено на 02.06.2022]

да си го позволят, е – и все още е – в основата на NHS и води до много по-широко използване лекарства и големи подобрения в общественото здраве.<sup>80</sup>

Освен това през годините NHS е пионер в изследването и разработването на лекарства и протоколи за лечения. Чрез тази система е извършена първата трансплантация на бъбрек, което е извършено успешно през 1960 г.; първата сърдечна трансплантация през 1968 г.; първото ин витро оплождане през 1977 г., а също и първата роботизирана хирургия през 1991 г.<sup>81</sup>

Повечето британци не само имат някаква форма на личен опит като потребители на NHS (която лекува над милион пациенти на ден), но и една немалка част от тях са заети в нея (NHS е най-големият работодател в страната). С повече от 1,3 милиона души, заети на различни позиции, от хирурзи до чистачи, лекари, медицински сестри, чиновници, носители на носилки и специалисти в различни области на здравеопазването от повече от 200 страни, NHS е един вид микрокосмос на обществото. През последните две години, въпреки изключително тежките обстоятелства, много хора изразиха гордостта си, че работят в една от над 350-те професионални категории и 60 медицински специалности, предлагани от Националната здравна система.

От друга страна обаче, днес много хора са загрижени за бъдещето на NHS поради огромните предизвикателства, пред които е изправена. Населението на Обединеното кралство застарява и финансирането е несигурно. Скоро след като Обединеното кралство напусна Европейския съюз, е все по-трудно попълване на свободните места възникващи в NHS, и гражданите са загрижени, че приватизацията ще доведе до края на британското обществено здравеопазване, каквото го познаваме днес. Но има планове за адаптиране на здравната система, а някои дори успяха да бъдат приложени по-бързо заради коронавируса: фактът, че пациентите се свързват с лекарите си онлайн или използват приложения за достъп до информация и лечение, е ход, който може да помогне да се гарантира жизнеспособност на системата в бъдеще. Друг тревожен въпрос е, че въпреки че 77% от служителите на NHS са жени, по-голямата част от висшите позиции все още се заемат от мъже, нещо, което организацията иска да промени.<sup>82</sup>

В крайна сметка NHS се захранва от отдадеността и любовта на толкова много хора, които работят усилено всеки ден, за да предоставят персонализирани грижи на пациенти, които често са в стресови ситуации.<sup>83</sup>

<sup>80</sup> Пак там.

<sup>81</sup> Пак там.

<sup>82</sup> Пак там.

<sup>83</sup> Bevan, G. and others. The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? nuffieldtrust.org <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/4-countries-report-web-final.pdf> [Посетено на 02.06.2022]

Важно е да се подчертае, че делът на разходите за здравеопазване в Обединеното кралство, идващи от публични източници (общо данъчно облагане и национални осигурителни вноски, наричани правителствени/задължителни разходи) е близо до средното на страните в Европа. През последните години в Обединеното кралство тези разходи намаляват и са заменени от финансиране от частни източници (-4% през периода 2010-17 г.). Средната тенденция в страните за сравнение е била обратна, като отклонението е от частни средства към публични фондове.

Общите разходи на глава от населението за дългосрочни грижи в Обединеното кралство са малко над средните разходи за дългосрочни грижи в ОИСР и ЕС. Социалните разходи в Обединеното кралство като процент от БВП са 19,6%, което е над средното за ОИСР (16,9%) и средното за ЕС (18,8%). Социалните разходи в Обединеното кралство обаче намаляват с по-бързи темпове през предходните пет години. Освен това относителният дял на публичните социални разходи намалява, докато делът на публичните социални разходи в сравнителните страни остава относително постоянен.<sup>84</sup>

Броят на практикуващите лекари в Обединеното кралство е по-нисък от средните стойности за ОИСР и ЕС (ОИСР, 3,4; ЕС, 3,5 лекари на 1000 души население). Въпреки че Обединеното кралство има сравним брой завършили медицина (Великобритания, 12,9; средно 12,5 завършили студенти/100 000 население), то също има най-голям спад на завършилите медицина от 2010 до 2017 г.<sup>85</sup>

В ОИСР и ЕС броят на завършилите медицина е малко по-висок и се увеличава през предходното десетилетие.

Всички жители на Англия автоматично имат право на безплатни обществени здравни грижи чрез Националната здравна служба, включително болнични, лекарски и психични грижи. Бюджетът на Националната здравна служба се финансира основно чрез общо данъчно облагане. Правителствена агенция наблюдава и разпределя средства за 191 клинични групи за въвеждане в експлоатация, които управляват и плащат за предоставянето на грижи на местно ниво. Приблизително 10,5% от населението на Обединеното кралство има доброволна допълнителна застраховка, за да получи по-бърз достъп до здравни грижи.<sup>86</sup>

Понастоящем всички тези, които „обикновено пребивават“ в Англия, автоматично имат право на грижи от NHS, все още до голяма степен безплатни на мястото на използване, както и нерезидентите с Европейска здравноосигури-

<sup>84</sup> Bevan, G. and others. The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? nuffieldtrust.org <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/4-countries-report-web-final.pdf> [Посетено на 02.06.2022]

<sup>85</sup> Пак там.

<sup>86</sup> Пак там.

телна карта. За други хора, като неевропейски посетители или имигранти без документи, само лечението в спешно отделение и за определени инфекциозни заболявания е безплатно. Правата на тези, които отговарят на условията за грижи в NHS, са обобщени в Конституцията на NHS; те включват правото на достъп до грижи без дискриминация и в определени срокове за определени категории, като спешна и планирана болнична помощ.

Отговорността за здравното законодателство и общата политика в Англия е на парламента, държавния секретар по здравеопазването и Министерството на здравеопазването. Самите отговорности включват:

- управление на бюджета на NHS
- наблюдаване на 191 местни клинични групи за въвеждане в експлоатация, които са групи от местни общопрактикуващи лекари, които планират, възлагат и плащат за повечето от болничните и обществените грижи в техните райони;
- директно възлагане на определени видове грижи, включително първична помощ в някои области, стоматологична помощ, лечение на редки състояния и някои обществени здравни услуги (като имунизации);
- работа за постигане на цели в годишния мандат от държавния секретар по здравеопазването, които включват както ефикасност, така и здравни цели;
- определяне на стратегическата насока на здравните информационни технологии, включително разработване на онлайн услуги за записване на срещи и определяне на стандарти за качество за електронно водене на медицински досиета и предписване на лекарства.<sup>87</sup>

Правителството притежава болниците и доставчиците на грижи за NHS, включително услугите за линейка, услугите за психично здраве, районни медицински сестри и други обществени услуги. Тези доставчици се наричат търговци на NHS.

Други важни публични агенции, участващи в управлението на здравеопазването, включват:

- Комисията по качеството на грижите, която осигурява основни стандарти за безопасност и качество чрез регистриране на доставчици и наблюдение на постигането на стандартите за грижи;
- Националният институт за високи постижения в здравеопазването и грижите, който определя насоки за клинично ефективни лечения и оценява новите здравни технологии за тяхната ефикасност и рентабилност;
- Здравно образование в Англия, което планира работната сила на NHS.<sup>88</sup>

<sup>87</sup> Bevan, G. and others. The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? [nuffieldtrust.org https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/4-countries-report-web-final.pdf](https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/4-countries-report-web-final.pdf) [Посетено на 02.06.2022]

<sup>88</sup> Пак там.

През 2016 г. Обединеното кралство изразходва 9,8% от БВП за здравеопазване; публичните разходи, свързани главно с NHS, представляват 79,4% от тази сума. По-голямата част от финансирането на NHS идва от общи данъци, а по-малка част (20%) идва от национално осигуряване, което е данък върху заплатите, плащан от служители и работодатели. NHS също получава приходи от доплащания и хора, които използват услугите като частни пациенти. Година по-рано, през 2015 г., приблизително 10,5% от населението на Обединеното кралство е имало частно доброволно здравно осигуряване, с близо 4 милиона полица, държани в началото на 2015 г. През 2016 г. доброволното частно здравно осигуряване представлява 3,3% от общото здравно осигуряване.<sup>89</sup>

Някои частни застраховки се предлагат от работодателите, но физическите лица също могат да закупят полица. Частната застраховка предлага по-бърз достъп до грижи, избор на специалисти и по-добри удобства, особено за избираеми болнични процедури; повечето политики обаче изключват психичното здраве, услугите по майчинство, спешните грижи и общата практика. Според анализи от 2014 г. четири застрахователя представляват 87,5% от частния застрахователен пазар, като малките компании съставляват останалата част.<sup>90</sup>

Точният обхват на услугите, обхванати от NHS, не е дефиниран в устав или законодателство и пациентите нямат абсолютно право да получават конкретно лечение. Въпреки това, законовото задължение на министъра на здравеопазването е да осигури цялостно покритие на нуждаещите се.

На практика NHS предоставя или плаща за следното:

- превантивни услуги, включително скрининг, имунизации и програми за ваксинация;
- болнична и извънболнична помощ;
- грижи за майчинството;
- лекарски услуги;
- болнични и амбулаторни лекарства;
- клинично необходима стоматологична помощ;
- грижи за психичното здраве, включително някои грижи за тези с обучителни затруднения;
- палиативна грижа;
- някои дългосрочни грижи;
- рехабилитация, включително физиотерапия (като грижи след инсулт);
- домашни посещения от медицински сестри в общността;

<sup>89</sup> Reducing health inequalities: system, scale and sustainability. service.gov.uk [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/731682/Reducing\\_health\\_inequalities\\_system\\_scale\\_and\\_sustainability.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/731682/Reducing_health_inequalities_system_scale_and_sustainability.pdf) [Посетено на 03.06.2022]

<sup>90</sup> Пак там.

- инвалидни колички, слухови апарати и други помощни устройства и медицински изделия за тези, за които е оценено, че имат нужда от тях.<sup>91</sup>

Обемът и обхватът на тези услуги обикновено са въпрос на местно вземане на решения от регионалните структури.

NHS има много ограничени споразумения за споделяне на разходите за публично покрити услуги. Услугите са безплатни на мястото на ползване за амбулаторни и болнични услуги. Плащанията от „джоба“ за посещения на личния лекар се отнасят само за определени услуги, като предоставяне на сертификати за застрахователни цели и ваксинации при пътуване. Програмите за скрининг и ваксинация на NHS не подлежат на доплащане.

Лекарствата, отпускани по лекарско предписание, подлежат на доплащане от 8,80 паунда на рецепта. Лекарствата, предписани в болниците на NHS, са безплатни. Стоматологичните услуги на NHS подлежат на доплащане в размер до 256,50 паунда на курс на лечение. Тези такси се определят на национално ниво от Министерството на здравеопазването.

Разходите за здравеопазване извън лично платените на домакинствата представляват 15% от общите разходи в Обединеното кралство през 2016 г. Също през 2016 г., най-голямата част от разходите от личен характер (37%) са били за услуги за дългосрочни грижи, следвани от 35% за медицински стоки (включително фармацевтични продукти).

През 2016 г. 89% от рецептите в Англия са били отпускани безплатно. Хората, които са освободени от доплащане за лекарства, отпускани с рецепта, включват:

- деца на възраст до 15 години;
- редовни студенти на възраст от 16 до 28 години;
- хора на 60 или повече години;
- хора с ниски доходи;
- бременни жени и жени, които са раждали през последните 12 месеца;
- хора с рак и някои други дългосрочни състояния или увреждания.<sup>92</sup>

Пациентите, които се нуждаят от големи количества лекарства, отпускани с рецепта, могат да закупят сертификати за предплащане на стойност 29,10 паунда за три месеца и 104 паунда за 12 месеца. Потребителите не плащат допълнителни такси за срока на сертификата, независимо от това колко рецепти са им необходими.<sup>93</sup>

<sup>91</sup> Reducing health inequalities: system, scale and sustainability. service.gov.uk [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/731682/Reducing\\_health\\_inequalities\\_system\\_scale\\_and\\_sustainability.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/731682/Reducing_health_inequalities_system_scale_and_sustainability.pdf) [Посетено на 03.06.2022]

<sup>92</sup> Пак там.

<sup>93</sup> Пак там.

Други предпазни мрежи включват помощ при грижа за зъбите и зрението. Млади хора, студенти, бременни и наскоро родили жени, лишените от свобода и лица с ниски доходи не са задължени да доплащат за стоматологични лечения. Очните прегледи са безплатни за млади хора, хора над 60 години и хора с ниски доходи. Освен това младите хора и тези с ниски доходи могат да получат финансова подкрепа за покриване на разходите за коригиращи лещи и/или диоптрични очила.

Транспортните разходи до и от обектите на доставчиците също се покриват за хората, които отговарят на условията за схемата за ниски доходи на NHS.

От друга страна в държавата се наблюдава и нарастващ недостиг на лекари, което засяга първичната медицинска помощ и някои специалности. През 2016 г. правителството обещава да осигури допълнителни 5000 общопрактикуващи лекари до 2022 г., включително нови стажанти, чуждестранни служители и лекари, които се връщат към практиката. Предоставени са и финансови стимули за стажанти и завърнали се лекари в някои райони, където има недостиг, включително селски и градски такива.

Правителството регулира броя на университетските места за бакалавърска медицинска и зъболекарска специалност: През 2018–2019 г. общо 6700 места са налични за медицински степени в публичните университети в Англия. Това е с 500 повече, отколкото са били налични през 2017–2018 г. С течение на времето правителството обещава да разшири броя на местата за бакалавърско обучение с 25%, за да се справят с недостига на кадри и последваща работна сила.<sup>94</sup>

Бакалавърските степени се финансират чрез студентски такси и държавни субсидии. Останалата част от медицинското обучение (от четвъртата до шестата година) се финансира от правителството.

Първичната помощ се предоставя главно чрез общопрактикуващи лекари. Общите практики обикновено са първата точка за контакт на пациентите и хората трябва да се регистрират в местна практика по техен избор; изборът обаче е ефективно ограничен, тъй като много практики са пълни и не приемат нови пациенти. В някои райони центрове за достъп предлагат услуги за първична медицинска помощ, за които не се изисква регистрация.

През септември 2017 г. има приблизително 34 000 общопрактикуващи лекари (еквиваленти на пълен работен ден) в близо 7 400 практики, със средно около 8 000 пациента на практика и 1 400 пациенти на общопрактикуващ ле-

<sup>94</sup> Reducing health inequalities: system, scale and sustainability. service.gov.uk [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/731682/Reducing\\_health\\_inequalities\\_system\\_scale\\_and\\_sustainability.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/731682/Reducing_health_inequalities_system_scale_and_sustainability.pdf) [Посетено на 03.06.2022]

кар. 11% от практиките са самостоятелни през 2017 г., докато 46% са имали пет или повече общопрактикуващи лекари.<sup>95</sup>

Капиталът се коригира спрямо възрастта и пола, местните нива на заболяемост и смъртност, броя на пациентите в старчески домове, текучеството на списъците на пациентите и фактора на пазарните сили за разходите за персонал в сравнение с тези на други практики. Бонусите за изпълнение се дават главно за основани на доказателства клинични интервенции и координация на грижите за хронични заболявания.

Повечето общи практики наемат други професионалисти на заплати, като медицински сестри, чиито задължения включват управление на пациенти с дългосрочни състояния и предоставяне на някои здравни грижи. През декември 2019 г. в обща практика работят около 15 800 медицински сестри.

Почти всички специалисти са служители на заплата в болниците на NHS. Заплатите се договарят като част от национален договор между Министерството на здравеопазването и Британската медицинска асоциация. Към края на 2017 г. е имало приблизително 45 800 болнични специалисти и 52 800 болнични лекари в обучение. Здравният фонд плаща на болниците за амбулаторни консултации по национално определени ставки. Специалистите са свободни да се занимават с частна практика в специално определени отделения в NHS или частни болници. През 2006 г. приблизително 55% от лекарите са извършвали частна работа, като съотношението намалява, тъй като разликата в доходите между публичната и частната практика се стеснява.<sup>96</sup>

Пациентите могат да избират коя болница да посетят, а правителството въвежда правото да избират конкретен специалист в рамките на болницата. Повечето амбулаторни специализирани консултации се провеждат в болници, въпреки че малка част от консултациите се провеждат в общите практики.

Административни механизми за директни плащания на пациентите към доставчиците: жителите на Обединеното кралство не плащат за лекарски услуги, които са безплатни на мястото на използване. По-голямата част от общите практики се финансират чрез месечни трансфери за услугите, които предоставят въз основа на данни, извлечени автоматично от електронните медицински записи. Някои плащания може да изискват практики за ръчно въвеждане на данни за броя на пациентите, проверени или лекувани за „подобренни услуги“, които отговарят на изискванията за допълнителни плащания, като диагностика и подкрепа за пациенти с деменция.

От 2004 г. общопрактикуващите лекари вече не са длъжни лично да предоставят грижи след работно време на своите пациенти; обаче личните лекари трябва да гарантират, че са налице подходящи условия пациентите, при които те сами да потърсят помощ.

<sup>95</sup> Пак там.

<sup>96</sup> Пак там.



Очаква се доставчиците на здравни услуги да изпратят електронни справки за изписване на обичайния личен лекар на пациента в рамките на 24 часа след използване на спешна помощ.

Сериозните спешни случаи се обработват от спешните отделения на болниците. В някои райони по-малко тежките случаи се наблюдават в центрове за спешна помощ или отделения за леки наранявания, които са оборудвани по различни начини и включват звена ръководени от медицинска сестра, така и центрове под управлението от общопрактикуващи лекари (заплащането е на изработени дежурства). Те обикновено се управляват от NHS и могат да бъдат свободно посетени или изградени като допълнително самостоятелно звено към болница.

Телефонните съвети са достъпни денонощно чрез NHS 111 за тези със спешно, но не животозастрашаващо състояние.

Публичните болници са организирани или като тръстове на NHS (понастоящем 64), пряко отговорни пред Министерството на здравеопазването, или като фондации тръстове (понастоящем 142), регулирани от NHS Improvement. Фондационните тръстове имат повече свобода да вземат заеми и инвестират, както и да имат местни хора и служители, участващи в управлението.

Частните болници пък предлагат набор от услуги, включително лечения, които не са налични в NHS или подлежат на дълго време на изчакване, като бариатрична хирургия и лечение на фертилитет, но като цяло нямат съоръжения за спешни, травматични или интензивни грижи. Частните доставчици трябва да бъдат регистрирани в Комисията за качество на грижите и в NHS Improvement, но техните такси за пациенти не са регулирани и няма публични субсидии. Въпреки че обемът на грижите, закупени от частни доставчици от NHS, се е увеличил напоследък в области извън психичното здраве, използването на частни доставчици остава ниско.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Европа може с право да твърди, че участва в пионерска роля за опазването на здравето и иновациите, качеството и безопасността в здравеопазването. В Договора от Лисабон, ЕС се ангажира да гарантира високо ниво на защита на здравето. Това означава, че аспектите на тази защита трябва да бъдат интегрирани във всички области на политиката. Дейностите на ЕС са насочени към използване на синергия с цел подобряване на общественото здраве и предотвратяване и контрол на заболявания и рискове за здравето.

Европейската здравна политика се основава на тясното сътрудничество между националните здравни системи в държавите-членки на ЕС. Тя се ръководи от принципа, че многообразието на исторически еволюираните национални здравни системи трябва да бъде защитено и компетентността за свободното им организиране не може да бъде ненужно ограничавана.

Примерът на Великобритания, Германия и България в тази магистърска теза ясно показва конкретни различия между здравното законодателство на страните:

- Най-общо такива свързани със здравното застраховане и осигуряване;
- Осигуряването на кадри;
- Достъпът до медицински услуги.

От друга страна се наблюдава тенденция за спазване на общите европейски разпоредби и търсенето на цялостен баланс.

Ролята на ЕС е ограничена до допълване на политиките на държавите-членки, насърчаване на тяхното сътрудничество и подкрепа на техните дейности, когато е необходимо. Пример за това би било споделянето на добри практики за безопасността на пациентите и обединяването на високоспециализирани медицински ресурси в европейски референтни мрежи, особено за редките заболявания. Най-важният финансов инструмент за прилагане на здравната стратегия на ЕС и насърчаване на сътрудничеството между държавите-членки е Здравната програма на ЕС.

Европейски законодателни действия относно опазването на здравето се предприемат само ако преследваните цели не могат да бъдат постигнати само с национални разпоредби (субсидиарност). Освен това трябва да се спазва и принципът на пропорционалност. Посочените случаи са например:

- предотвратяване и контрол на трансграничните заплахи за здравето,
- мобилност на пациентите в цяла Европа,
- свободното движение на доставчиците на здравни услуги,
- мерки за установяване на високи стандарти за качество и безопасност за: органи и вещества от човешки произход, лекарствени продукти и медицински изделия, както и защита на човешкото здраве по отношение на ветеринарните мерки.

В области, които са свързани с гладкото функциониране на европейския вътрешен пазар, ЕС приема законодателство, за да хармонизира правните разпоредби на своите държави-членки.

Когато става въпрос за обсъждане и прилагане на такива правни актове, ангажираните специалисти в сектор „Здравеопазване“ се стремят да гарантират, че високото ниво на здравна защита в Германия, България и Великобритания е защитено и дори прилагано в други държави-членки.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бояджиев, С. (2007). Медицинско право в България – възможност и реалност. *Банки. Инвестиции. Пари*, 9, с. 42-47.
2. Вълканова, М. А., (2019). *Медицинско право* (2. прераб. и доп. изд.). ИК Стено.
3. Димова, А. и колектив. България. Анализ на здравната система. Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2019.
4. ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ. Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г. изм. и доп. ДВ. бр.32 от 26 Април 2022г.
5. Закон за здравното осигуряване. Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г. изм. и доп. ДВ. бр.32 от 26 Април 2022г.
6. Зиновиева, Д. П. (2016). *Медицинско право* (И. Т. Тодоров & I. T. Todorov, Eds.; 2. прераб. и доп. изд.). Ciela.
7. Концепция за по-добро здравеопазване.
8. Кръстев, Р. С., (2014). Етични и правни проблеми на някои биомедицински практики: дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “доктор”, област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт, професионално направление 7.4. Обществено здраве, научна специалност “Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията (медицинско право и етика).” [Р. Кръстев].
9. Национална здравна стратегия 2021-2030.
10. Национален план за възстановяване и устойчивост.
11. Спасов, С. С.,(2015). Избрани въпроси по медицинска деонтология и медицинско право: ръководство за студенти, бакалаври и магистри в областта на медицината. Унив. изд. “Паисий Хилендарски.”
12. Стайков, И. И.,(2013). Правна характеристика на правото на здраве и съотношението му с правото на здравно осигуряване и правото на безплатно ползване на медицинско обслужване. *Годишник ... На Департамент “Право,”* 2(2), с. 244-259.
13. Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. Министерство на финансите. Отдел „Микроикономически анализи“. Дирекция „Бюджет“
14. State of Health in the EU. България. Здравен профил на страната 2019 г.
15. Bevan, G. and others. The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? *nuffieldtrust.org* <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/4-countries-report-web-final.pdf> [Посетено на 02.06.2022]
16. Bielinska, K. and others. Equal access to healthcare in national legislations: how do Croatia, Germany, Poland, and Slovenia counteract discrimination in healthcare?. *bmchealthserves.com* <https://bmchealthserves.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07453-6> [Посетено на 30.05.2022]
17. Chang, J. and others. The UK Health care system. *columbia.edu* <http://assets.>

- ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf [Посетено на 02.06.2022]
18. Gostin, L. Global Health Law: A Definition and Grand Challenges. academic.oup.com <https://academic.oup.com/phe/article/1/1/53/1415563> [Посетено на 22.05.2022]
  19. Health in Germany. FEDERAL HEALTH REPORTING JOINT SERVICE BY RKI AND DESTATIS. rki.de [https://www.rki.de/EN/Content/Health\\_Monitoring/Health\\_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany\\_Summary.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_Summary.pdf?__blob=publicationFile) [Посетено на 31.05.2022]
  20. Reducing health inequalities: system, scale and sustainability. service.gov.uk [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/731682/Reducing\\_health\\_inequalities\\_system\\_scale\\_and\\_sustainability.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/731682/Reducing_health_inequalities_system_scale_and_sustainability.pdf) [Посетено на 03.06.2022]
  21. The German healthcare system. Strong. Reliable. Proven. bundesgesundheitsministerium.dr [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629\\_BMG\\_Das\\_deutsche\\_Gesundheitssystem\\_EN.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf) [Посетено на 31.05.2022]
  22. Toebes, B. International health law: an emerging field of public international law. springer.com [Посетено на 25.05.2022]
  23. Violato, C. A brief history of the regulation of medical practice. Journal of Science of medicine. imerg.org <http://www.imerg.org/wp-content/uploads/2016/08/Violato-2016-History-of-medical-practice.pdf> [Посетено на 20.05.2022]

## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF HEALTH LEGISLATION IN BULGARIA, GREAT BRITAIN AND GERMANY

Simeon Georgiev

**Resume:** The ongoing convergence of health policies and systems initiated by the European Union, as well as the systematic reflection and refinement of human rights in relation to biomedicine in the context of the Council of Europe, require appropriate strategies to promote, protect and enforce patients' rights.

The text presents the essence of health legislation and its global nature and compares the example of Bulgaria with those of Germany and the UK. The main hypothesis is that all three countries respect the principles of European and international legislation and focus on providing the best health care.

**Keywords:** health legislation, patients' rights

# ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В УСЛОВИЯТА НА COVID-19 – НАЦИОНАЛНИ И ГЛОБАЛНИ АСПЕКТИ

---

Татяна Щерева<sup>1</sup>

*Научен ръководител: проф. д-р Петко Салчев*

*Рецензент: гл. ас. д-р Красимира Вълчева*

**Анотация:** Темата за здравната политика, за социалните и антиеписидемиологични мероприятия, провеждани от различните държави във връзка с пандемията е повече от актуална и важна, както в глобален и регионален мащаб, така и за отделните страни.

Сравнението на отделните здравни политики пряко произтичащи от противоеписидемиологичните мероприятия на различните страни в условията на COVID-19, дава възможност за осъществяване на следната логическа верига: анализ и идентификация на важни тенденции и резултати, които са следствие от тези политики; формулиране на ключови оценки и изводи, относно здравните политики, свързани с антиеписидемиологичните мероприятия срещу COVID-19; концептуализация на мероприятията срещу COVID-19 в определена схема; идентифициране, идеи и практики за усъвършенстване на социалната политика в България.

**Ключови думи:** здравна политика, пандемия, антиеписидемиологични мероприятия

## ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременните условия на обявената от Световната здравна организация (СЗО) пандемия на COVID-19 темата за здравната политика, за социалните и антиеписидемиологични мероприятия, провеждани от различните държави във връзка с тази пандемия е повече от актуална и важна, както в глобален и регионален мащаб, така и за отделните страни. Сравнението на тези политики е повече от значимо от няколко гледни точки, а именно:

- Първо от теоретико-концептуална позиция, тъй като различни теоретични обобщения, заключения и изводи дават възможност да се формира концептуална основа за разработка на стратегии в сферата на здравната политика, както и схеми и модели на противоеписидемични мероприятия;
- Второ, сравнителното изследване на здравните политики на други страни в тази област дава възможност, както да се избягват грешки, учейки се от

---

<sup>1</sup> Татяна Щерева (tatiana.ln79@gmail.com) работи в Столична регионална здравна инспекция и към момента е докторант в Химико-технологичен и металургичен университет, София със специалност „Екология и енергийна ефективност“.

чуждия опит, така и да се заимстват идеи и практики, т.е. да се инициира използването на положителния чужд опит у нас. От друга страна, знанието за успешни мероприятия създава условия да се генерират нови иновативни мероприятия и политики;

- Третата гледна точка е свързана с провеждане на здравната политика и антиеписидемиологични мероприятия у нас. Тъй като конкретиката на представените мероприятия в рамките на различните странови социални и здравни политики дават широки възможности за програмиране на един или друг вид действия, необходими за практическата работа в тази важна област на човешкото общезитие.

Основните цели на дадената работа са:

- Първо, да се направи един, макар и кратък, но достатъчно обстоятелен преглед на здравните политики и моделите на протиеписидемични мероприятия по време на COVID-19 в страни с различно равнище на развитие;
- Второ, да се направи сравнение на здравните политики в условията на COVID-19, в резултат на което да се формулират определени оценки и изводи с практическо значение;
- Трето, на базата на получените на базата на запознаването с чужди практики и резултатите от тях, както и сравнението между горните, да се създадат предпоставки и условия за усъвършенстване на съществуващите модели на протиеписидемични мероприятия.

Тези цели се постигат чрез следните задачи, структурирани в основните раздели на дипломната работа, а именно:

1. Здравна политика – обща характеристика и специфични антиеписидемиологични мерки;
2. Здравната политика и антиеписидемиологични модели – глобални аспекти в условията на COVID-19;
3. Националната здравна система в борба срещу COVID-19 и някои поуки от световния опит.

**Обект** на разработката е изследване и сравнение на здравната политика в отделни страни по време на извънредни обществено-икономически, социо-културни и най-вече здравно-протиеписидемиологични ситуации.

Съответно **предмет** на дадената разработка е страново изследване и сравнение на здравната политика и моделите на протиеписидемиологичните мероприятия в условията на COVID-19.

**Основната теза** на дипломната работа е, че сравнението на отделните здравни политики пряко произтичащи от протиеписидемиологичните мероприятия на различните страни в условията на COVID-19, дава възможност за осъществяване на следната логическа верига:

- Анализ и идентификация на важни тенденции и резултати, които са следствие от тези политики;
- На тази основа формулиране на ключови оценки и изводи, относно здравните политики, свързани с антиепидемиологичните мероприятия срещу COVID-19;
- Като се базира на тези оценки и изводи, в дипломната работа се осъществява класификация на последните, както и концептуализация на антиепидемиологичните мероприятия срещу COVID-19 в определена схема;
- В заключение, изхождайки от тази схема, където различните антиепидемиологични мероприятия са класифицирани във формата на модели, т.е. на относително устойчива реално съществуваща или мислена схема на действие, функциониране или съществуване, последните на всяка една страна в горната обстановка, както и да се потърсят и намерят идеи и практики за усъвършенстване на социалната политика в България.

Ключови **методологически подходи** използвани в дадената работа са:

- Системен подход, съгласно който изследвания обект се разглежда като система, т.е. съвкупност (комплекс) съставен от взаимосвързани компоненти, действащи като едно цяло. Всички тези компоненти формират вътрешната среда на системата, а всичко извън тази вътрешна среда представлява външна спрямо системата среда;
- Аналитично-структурен подход – същият предполага да се „разбие“ изследваният феномен на най-важни компоненти, както и да се класифицират последните на основата на определени критерии. Това дава възможност да се получи ново знание за същността и функционирането на феномена;
- Проблемно-хронологичен подход – разглежда се изследваният обект (проблем) през призмата на неговото ситуиране във времевото пространство. Това създава условия да се установят важни характеристики, както и параметри на динамиката (развитието) на обекта;
- Сравнителен подход – на базата на сравнение на изучавания феномен с други подобни се ражда ново знание за горния феномен.
- Логически подход – т.е. този подход, който разкрива логиката, т.е. смисълът – движещата сила, както и схемата на взаимодействия и взаимоотношения на даден феномен, както в план вътрешна, така и външна среда.

Източниците могат да бъдат класифицирани в няколко групи:

- Източници, даващи представа за здравната политика като специфичен аспект на вътрешната политика в дадена страна, чиято цел и съдържание е да регулира целия комплекс от социално-здравни процеси;
- Източници, свързани с дискусията относно COVID-19 – произход, разпространение и прочее, както и моментите, свързани с въздействието вър-

ху социално-икономическата ситуация, както в отделни страни и региони, така и в глобален план;

- Източници, предлагащи информация за конкретните социални мерки и действия в различните страни по света в условията на COVID-19.

## ГЛАВА 1. ЗДРАВНА ПОЛИТИКА – ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА И СПЕЦИФИЧНИ АНТИЕПИДЕМИОЛОГИЧНИ МЕРКИ

### 1. Здравна политика: същност, цели и насоки – общ презлед

#### *Здравна политика – дефиниции и съдържание на понятието и реалността*

Съществуват различни определения на понятието „здравна политика“ като например „Здравната политика е част от общата политика на държавата. Тя се обуславя от ясно определени обществени цели, потребности и интереси – здраве и здравно благополучие за населението, и се определя като система на дългосрочни стабилни решения, свързани с опазване и възстановяване здравето на населението, които са приемливи за всички социални групи, класи или партии и съответстват на поставените цели, средства и времеви рамки за осъществяването им.

Здравната политика може да бъде определена и като официално становище (формулировка) на определени обществени цели и потребности, при което акцента е върху здравето и общозначимите средства за неговото опазване.“<sup>2</sup>

Инструментите, с които борави здравеопазването, са система от държавни, социални и медицински мерки, насочени към запазване и укрепване на здравето на хората, предотвратяване и лечение на заболявания. Здравеопазването изпълнява две основни функции – икономическа и социална. Икономическата функция е да се възстанови работоспособността на трудовата сила на страната. Социалната функция се състои в оформяне на човешкото здраве, увеличаване на продължителността на живота му. развитието на здравеопазването е насочено към осигуряване на правилното състояние на околната среда, създаване на благоприятни условия за работа, живот и почивка, съвременно предоставяне на пълноценна медицинска помощ на пациентите, предотвратяване на появата на заболявания и тяхното разпространение сред населението.

В същото време ролята на здравната система за опазване здравето на нацията е неизмеримо голяма – това е най-важното богатство на страната и основата на нейното по-нататъшно развитие. Нивото на развитие на здравеопазването се отразява в социалното и икономическото благосъстояние на населението,

<sup>2</sup> Вж. Салчев П. ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТА НА РЕФОРМАТА. Лекция, май 2017.



резултатите от производствената дейност, демографските процеси и качеството на населението.

Опазването на здравето на нацията в почти всички страни е издигнато в ранг на въпросите за националната сигурност. „Действията за подобряване на здравето на хората трябва да бъдат признати както като индикатор за социалното съзнание на страната, така и като начин за инвестиране в нейните човешки ресурси“<sup>3</sup>.

### **Цели и задачи на здравната политика**

Общата цел на здравеопазването е да подобри здравните показатели на населението (намаляване на общата смъртност, заболяемост, инвалидност, детска и майчина смъртност), което допринася за увеличаване на средната продължителност на живота на населението и в крайна сметка за подобряване в медицинската и демографската ситуация в страната.

Приоритетни области за развитието на националната здравна система:

- преодоляване на различията в предоставянето на медицински грижи на градското и селското население;
- увеличаване на дела на населението за финансиране на първичната здравна помощ;
- развитие на високотехнологични видове медицинска помощ;
- въвеждане на съвременни технологии за управление на здравето на жените и децата;
- разработване на превантивни и рехабилитационни технологии и формиране на умения за здравословен начин на живот сред населението;
- подобряване на медицинската наука и медицинското образование.

Задачите на здравеопазването са:

1. Предоставяне на медицински грижи за населението, включително безплатно лечение в обществени здравни организации;
2. Провеждане на държавна политика в областта на опазването на общественото здраве;
3. Формиране на здравословен начин на живот за населението;
4. Осигуряване на санитарно и епидемично благосъстояние на населението;
5. Организация на научните изследвания, внедряване на постиженията на науката и техниката в медицинската практика.

Здравеопазването в България се представлява от Министерството на здравеопазването. То, в съответствие с възложените му задачи, изпълнява следните функции:

---

<sup>3</sup> Вж. The Copenhagen declaration on health policy. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994. URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/114936/E93948](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/114936/E93948)

1. Проучва здравословното състояние на населението, разработва мерки за предотвратяване на болести, намаляване на заболяемостта, уврежданията и смъртността, увеличаване на продължителността на живота на населението;
2. Предприема необходимите мерки за подобряване на качеството на медицинското обслужване, както и за повишаване на ефективността му;
3. Извършва методическо ръководство, координира и контролира дейностите в областта на здравеопазването;
4. Взема необходимите мерки за: организация и развитие на медицинска експертиза и медицинска рехабилитация; защита на майчиното и детското здраве; защита на репродуктивното здраве на населението;
5. Разработва държавни минимални социални стандарти в областта на здравеопазването и следи за тяхното прилагане;
6. Организира и контролира снабдяването на населението и здравните организации с лекарства, медицински продукти и медицинско оборудване, резервни части за тях;
7. Извършва държавна регистрация на лекарства, фармацевтични вещества;

Като обобщение на гореказаното следва да се каже, че здравната политика е част от общата политика на държавата. Тя се обуславя от ясно определени обществени цели, потребности и интереси – здраве и здравно благополучие за населението, и се определя като система на дългосрочни стабилни решения, свързани с опазване и възстановяване здравето на населението, които са приемливи за всички социални групи, класи или партии и съответстват на поставените цели, средства и времеви рамки за осъществяването им.

Здравната политика може също така да бъде определена и като официално становище на определени обществени цели и потребности, при което акцента е върху здравето и общозначимите средства за неговото опазване.

Следва да се подчертае, че под държавна политика в областта на здравеопазването е нужно да се включат йерархия от моменти, които бихме подредили по следния начин:

1. На първо място става дума за система от ценности и цели, които са в основата на всяка политика – била тя държавна или на недържавни структури и организации. Именно този момент – ценностите и произтичащите от тях цели определят на първо място различията между различните схеми или модели на здравна политика;
2. Именно базирайки се на платформата от ценности и свързаните с тях цели, се изгражда съвкупността от управленски мерки, решения и действия, насочени към осигуряване на осъществяваната от държавата здравна политика;
3. В дадените по-горе дефиниции за държавната политика в областта на

здравеопазването, същата се определя като съвкупност от решения или задължения на държавата да провежда курс на действие в системата на медицинските грижи, насочен към постигане на целите и задачите за подобряване на здравето на населението. Трябва да се отбележи, че таква виждане за здравна политика до известна степен измества акцента към предоставянето на медицинска помощ. В същото време в международната практика политиката в областта на медицинското обслужване е неразделна част от националната политика в областта на общественото здраве. Това се дължи на факта, че на ниво международни документи правото на медицинска помощ не се обособява като самостоятелно, а е включено в правото на най-високо достижимо ниво на физическо и психическо здраве. Следователно държавната политика в областта на здравеопазването е много по-широка и не се ограничава само до предоставянето на медицинска помощ.

### **1.1. Модели на здравни системи и здравни политики**

В дадения раздел основно внимание се обръща на здравните системи и здравните политики в двете водещи икономики на света днес – САЩ и КНР. На практика базовият модел на здравни системи и здравни политики оказва силно влияние върху начина, схемата, а още по-точно модела на справяне със здравната криза, предизвикана от Covid-19 (по-нататък ще използваме и аббревиатурата К-19). Наред с това, макар и частично ще се дават примери и с други водещи страни в сферата на здравеопазването – Германия, Япония и други.

#### ***Съединени американски щати (САЩ)***<sup>4</sup>

Съединените щати имат население от над 330 милиона души и се поддържат от една от най-сложните здравни системи в света, формирана от преплитани се взаимоотношения между доставчици, платци и пациенти, получаващи грижи. Здравната система на САЩ е в постоянно състояние на еволюция.

Здравната система на САЩ не осигурява универсално покритие и може да бъде определена като смесена система, при която публично финансирани-

---

<sup>4</sup> По този въпрос е ползвано US Healthcare System Overview в <https://www.ispor.org/health-resources/more-health-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1/> Последно влизане 18.01.2022/.

те правителствени Medicare<sup>5</sup> и Medicaid<sup>6</sup> съжителстват с частно финансирано (частни здравноосигурителни планове) пазарно покритие. Плащанията от страна на самия пациент, както и предоставянето на здравното покритие чрез механизмите на пазара преобладават като средство за финансиране и предоставяне на здравни грижи.

Към 2019 г. около 50% от гражданите са получили частно застрахователно покритие чрез своя работодател (групова застраховка), 6% са получили частна застраховка чрез застрахователни структури (негрупови застраховки), 20% от гражданите разчитат на Medicaid, 14% на Medicare и 1% на други публични форми на застраховка (напр. Здравна администрация на ветераните (Veterans Health Administration – VHA) и Военна здравна служба (Military Health System – MHS), оставяйки 9% от американците неосигурени.<sup>7</sup>

### **Здравна политика**

Федералните закони за здравеопазването се приемат и изменят чрез Конгреса. Политиката може да бъде променена и чрез регулаторния процес, при който Конгресът тълкува как политиките трябва да се прилагат и прилагат. В Съединените щати Министерството на здравеопазването и социалната политика (United States Department of Health and Human Services – HHS) отговаря за предоставянето на лекарства, обществени здравни услуги и социални услуги на национално ниво. HHS е част от федералния клон на правителството и е агенция за надзор на здравни организации в страната като Администрацията по храните и лекарствата (Food and Drug Agency – FDA), Центрове за Medicare и Medicaid услуги (Centers for Medicare & Medicaid Services – CMS), Национални здравни институти (National Institutes of Healthcare), Агенция за

<sup>5</sup> Medicare е правителствена национална здравноосигурителна програма в Съединените щати, започната през 1965 г. от Администрацията за социално осигуряване и сега се администрира от Центровете за Medicare и Medicaid услуги (CMS) – вж. в [https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_\(United\\_States\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States)) /Последно влизане 17.01.2022/.

<sup>6</sup> Medicaid в Съединените щати е федерална и държавна програма, която помага за разходите за здравеопазване на някои хора с ограничени доходи и ресурси. Medicaid също така предлага предимства, които обикновено не се покриват от Medicare, включително грижи в дома за възрастни и услуги за лични грижи. Основната разлика между двете програми е, че Medicaid покрива разходите за здравеопазване за хора с ниски доходи, докато Medicare осигурява здравно покритие за възрастни хора. Има и двойни здравни планове за хора, които имат както Medicaid, така и Medicare – вж. „Medicare & Medicaid“. HHS.gov U.S. Department of Health & Human Services. Последно влизане 17.02.2022/.

<sup>7</sup> US Healthcare System Overview в <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1/> Последно влизане 18.01.2022/.

изследвания и качество в здравеопазването (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) и Центрове за контрол и превенция на заболяванията (CDC).

В допълнение към федералните закони за здравеопазването, щатите могат да приемат допълнителни закони, стига федералният закон да не противоречи.

На 23 март 2010 г. е приет от Конгреса т.нар. Закон за достъпни грижи (Affordable Care Act – ACA), често наричан още РРАСА или „Obamacare“. Този закон е цялостна реконструкция на здравната система представлява най-голямата промяна и разширяване на здравното покритие след преминаването на Medicare и Medicaid през 1965 г.

ACA предоставя разширяването на Medicaid за лица с доходи до 138% от федералното ниво на бедност и премахва ограниченията, които забраняват на повечето възрастни без деца на издръжка да се записват в държавни програми. Увеличеното федерално финансиране за държавни програми Medicaid е използвано като стимул за държавите да разширят достъпа си до Medicaid. От 2 ноември 2020 г. 38 щата и Вашингтон, окръг Колумбия, са разширили достъпа до Medicaid.

### ***Създаване на американските борси за здравни ползи***

Пазарът за здравно осигуряване, известен още като „борса“ или „пазар“, е мястото, където лицата и малките работодатели могат да закупят частна застраховка. На потребителите се предоставя информация, която им позволява да избират между планове, които отговарят на техните здравни и финансови нужди. Тези планове на пазара на здравно осигуряване трябва да отговарят на минимален набор от стандарти за покритие, известни също като „основни ползи за здравето“.

Основните ползи за здравето включват: амбулаторни услуги за пациенти; спешна помощ; хоспитализация; грижи за бременност, майчинство и новородено; услуги за психично здраве и разстройства при употреба на вещества; лекарства с рецепта; рехабилитационни и хабилитационни услуги и устройства; лабораторни услуги; педиатрични услуги (включително грижи за устната кухина и зрението); общо покритие за контрол на раждаемостта; и покритие за кърмене.

Данъчни кредити и субсидии за намаляване на споделянето на разходите (става дума за т.нар. Корпоративна социална отговорност- КСО, т.е. Corporate Social Responsibility – CSR) също са налични, за да направят плановете по-достъпни за тези, които отговарят на изискванията.

### ***Промени в частното застраховане***

Новите разпоредби не позволяват на здравните застрахователи да отказват покритие на хората по каквато и да е причина, включително съществуващи здравни състояния и да таксуват повече хора въз основа на здравния статус и пола. Младите хора могат да останат в здравното осигуряване на родителите

си до 26-годишна възраст. На здравните застрахователи е забранено да налагат доживотни ограничения на покритието и им е забранено да отменят покритието. Доплащания от \$0 са достъпни за много превантивни здравни услуги.

### *Индивидуалният мандат*

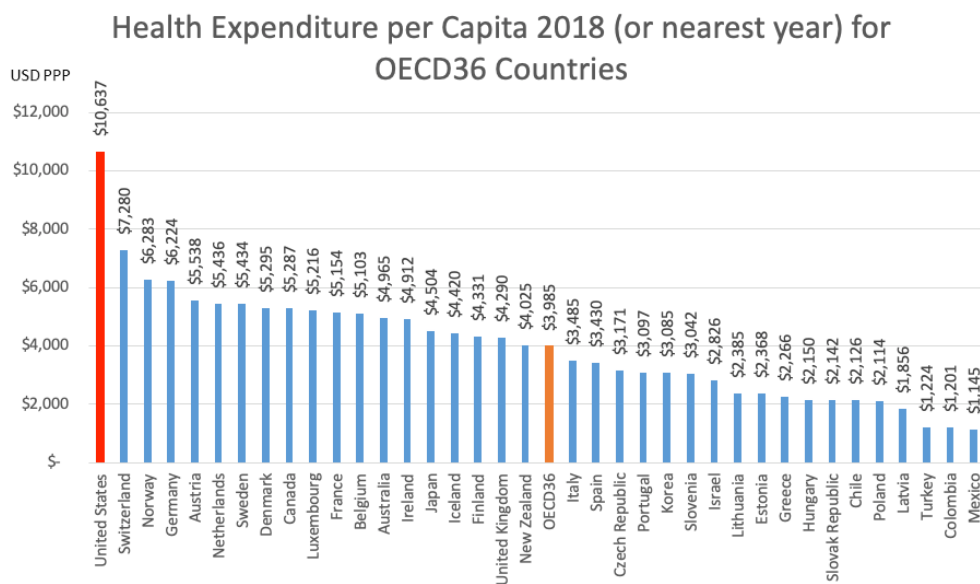
Всички лица трябва да имат здравно осигуряване, с малки изключения, от 2014 г. Тези, които нямат покритие, трябва да плащат годишна финансова санкция. В края на 2017 г., обаче, федералният индивидуален мандат е отменен с данъчен законопроект, приет от Конгреса и подписан от администрацията на Тръмп.

### *Изисквания на работодателя за здравно покритие*

На работодатели с повече от 50 служители се начислява такса от \$2000 на служител на пълен работен ден, ако не предлагат покритие и имат поне един служител, който получава първокласен кредит чрез борса.

В САЩ има друга система за предоставяне на медицинска помощ – благотворителни фондации, които имат доста силна финансова подкрепа в обществото. Църквите поддържат и мрежа от безплатни болници.

Основното предимство на здравеопазването в САЩ е не само система от високотехнологични клиники с квалифициран медицински персонал, но и наличието на специализирани здравни системи, които поддържат определени категории хора: възрастни хора, бедни.



**Фиг. 1.** Разходите за здравеопазване на човек от населението за 2018 г., т.е. преди настъпването на пандемията К-19 сред страните на ОИСР

Съединените щати са третата по население страна в света, след Китай и Индия, но имат население, което е само около една четвърт от всяка от тези 2 страни. Независимо от това, САЩ харчат 3,5 трилиона долара за здравеопазване, или 16,9% от brutния вътрешен продукт (БВП), което е повече от която и да е друга страна, през 2018 г. Сравнимите оценки на разходите за здравеопазване включват:

- Швейцария (12,2%);
- Германия (11,2%);
- Обединеното кралство (Обединеното кралство) (9,8%).

Фигура 1 илюстрира разходите на глава от населението на Съединените щати за здравеопазване в сравнение с други развити нации.

Съединените американски щати са пример за модел на частна медицина със силни пазарни механизми. В здравната политика се прилага принципът на еквивалентност и компенсация. Това предполага пряка зависимост между размера на вноските и обема на социалните услуги, получени в системата на социалното осигуряване. Този модел на социалната политика на държавата е присъщ на САЩ, Англия, Ирландия, Франция и други западни страни.

Специално в САЩ този модел е съчетан с многоканално финансиране на здравеопазването (CHI<sup>8</sup>, VHI-Voluntary health insurance, благотворителност, държавна подкрепа).

В Съединените американски щати няма единна и ясна система за организация на здравеопазването. Освен това всеки щат има своя собствена, понякога много различна система. Например в щата Тенеси почти всеки има здравно

---

<sup>8</sup> CommonSpirit Health Insurance/CHI/ разбира, че плащането за спешни и/или необходими медицински грижи може да бъде трудно, особено за пациенти, които нямат здравно осигуряване. Като част от непрекъснатия ни ангажимент към нашите пациенти, CommonSpirit работи усилено, за да помогне на пациентите да се справят с финансовите си отговорности по начин, който е справедлив и чувствителен към техните обстоятелства. Създава се програма, създадена специално да помогне на тези, които се намират във финансово затруднение. Политиката за финансова помощ на CommonSpirit Health (достъпна на множество езици) се прилага за неосигурени/недосигурени пациенти, които идват в болничните заведения за лечение. Тази политика предоставя финансово облекчение на пациенти, които отговарят на изискванията въз основа на сравнение на техните финансови ресурси и/или доходи с Федералните насоки за бедността. Програмата е предназначена специално за пациенти, които не се лекуват по избор, чиито финансови ресурси и/или доходи на домакинството са на или под 400 процента от федералното ниво на бедност. За да се квалифицират за каквато и да е помощ, неосигурените/недоосигурените пациенти са молени да попълнят заявление за финансова помощ (достъпно на множество езици), което включва информация, свързана с доходите и разходите на домакинството. условията за частична подкрепа от CommonSpirit Health – вж. <https://www.chistgabriels.com/financial-assistance/>, Последно влизане 18.01.2022/.

осигуряване, а в някои щати благотворителността играе основна роля. Американският аналог на системата Bismarck е системата Medicare, която обхваща медицински грижи за хора над 65 години. Medicare предоставя безплатни здравни грижи на хора на възраст над 65 години, ако те или техният съпруг са работили най-малко 10 години в предприятия, поддържащи Medicare, или на по-млада възраст, ако кандидатът има хронично заболяване.

Пациентите на Medicare, обаче, заплащат част от разходите сами. Тази такса може да бъде намалена чрез закупуване на допълнителна политика на Medigap или чрез използване на програмата Medicare. Medicare се финансира от държавата (предимно), отчасти от федералния бюджет.

Като кратък извод следва да се отбележи, че доколкото здравната система и здравната политика на САЩ се основава главно на такива принципи като:

1. Принцип на еквивалентност и компенсация – пряка зависимост между размера на здравните вноски в застрахователната система и обема на здравните услуги, получени в системата на социалното осигуряване;
2. Принцип на пазарните механизми, т.е. търсенето определя предлагането.

Като следва тези принципи здравната система и здравната политика на САЩ е акцентирана основно на използване на инвазивна и медикаментозна терапия за сметка на здравната профилактика.

В тази област е интересно да се направи кратко сравнение със здравната система и здравната политика на Германия. Тази страна е най-типичният пример за система за финансиране на здравно осигуряване. Първата национална система за здравеопазване е създадена от канцлера Ото фон Бисмарк през 1881 г. Това е застрахователна програма за работниците и техните семейства и се основава на вече действащите по това време закони относно компенсациите на работниците от железницата (1838 г.) и на миньорски дружества (1854).

**Германия** има универсална система за здравеопазване с множество плащачи, заплащана от комбинация от задължително здравно осигуряване (Gesetzliche Krankenversicherung) и частно здравно осигуряване (Private Krankenversicherung).<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Bump, Jesse B. (October 19, 2010). „The long road to universal health coverage. A century of lessons for development strategy“ (PDF). Seattle: PATH. Carrin and James have identified 1988—105 years after Bismarck’s first sickness fund laws—as the date Germany achieved universal health coverage through this series of extensions to growing benefit packages and expansions of the enrolled population. Bärnighausen and Sauerborn have quantified this long-term progressive increase in the proportion of the German population covered mainly by public and to a smaller extent by private insurance. Their graph is reproduced below as Figure 1: German Population Enrolled in Health Insurance (%) 1885–1995. Вж. в <https://www.cgdev.org/event/long-road-universal-health-coverage-century-lessons-development-strategy>, последно влизане 18.01.2022/.



Според Световната здравна организация, здравната система на Германия е 77% държавно финансирана и 23% частно финансирана към 2004 г.<sup>10</sup> През 2004 г. Германия се нарежда на тридесето място в света по продължителност на живота (78 години за мъжете). Тя е изравнена на осмо място по брой практикуващи лекари с 3,3 на 1000 души. Освен това има много нисък процент на детска смъртност – 4,7 на 1000 живородени.<sup>11</sup>

Според здравния потребителски индекс в евро, който я постави на седма позиция в проучването от 2015 г., Германия отдавна има най-малко ограничения и ориентирана към потребителите здравна система в Европа. На пациентите е позволено да търсят почти всякакъв вид грижи, които пожелаят, когато пожелаят.

През 2017 г. правителствената здравна система в Германия поддържа рекорден резерв от над 18 милиарда евро, което я прави една от най-здравословните здравни системи в света по това време. За 2018 г., т.е. времето преди появата на К-19 по разходи за здравеопазване на човек от населението Германия е на 4-то място в света с 56 224 американски долара. Това е 11,2% от БВП на страната.<sup>12</sup>

### ***Здравната система и здравната политика на Китайската народна република (КНР)***

Китай навлиза в нова ера на икономическо развитие. Десетилетия на бърз растеж преминават в по-бавни, но по-устойчиви, качествени процеси. Здравната система също претърпява значителни промени поради продължаващите реформи, бързото навлизане на иновативни технологии, факта, че политиката на страната става все по-отворена и нови играчи навлизат в медицинската индустрия. Открояват се няколко основни тенденции, които ще бъдат приложени в близко бъдеще.

Здравеопазването в Китай претърпя основни промени през двадесети и двадесет и първи век, като използва както публични, така и частни медицински институции и застрахователни програми. Към 2020 г. около 95% от населението има основно здравно осигуряване. Въпреки това общественото здравно осигуряване обикновено покрива само около половината от медицинските разходи, като делът е по-нисък за сериозни или хронични заболявания.

В рамките на инициативата „Здравословен Китай 2020“ Китай предприема усилия да намали разходите за здравеопазване, като изисква застраховката да покрие 70% от разходите до края на 2018 г. Китайското правителство работи

<sup>10</sup> World Health Organization Statistical Information System: Core Health Indicators, последно влизане 18.01.2022/.

<sup>11</sup> Germany country profile. Library of Congress Federal Research Division, December 2005. Вж. в <https://www.refworld.org/pdfid/46f913440.pdf>, последно влизане 18.01.2022/.

<sup>12</sup> US Healthcare System Overview в <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1/> Последно влизане 18.01.2022/.

върху предоставянето на достъпни основни здравни грижи за всички жители до 2020 г., когато трябва да се достигне равнището на „сяокан“, т.е. „средно равнище на развитие“, при което окончателно се ликвидира съществуването на хора под абсолютното равнище на бедност. Много китайци използват и традиционната китайска медицина, която някои смятат за изостанала и неефективна, други смятат за евтина, ефективна и културно подходяща<sup>13</sup>.

Китай също се превърна в основен пазар за мултинационални компании, свързани със здравеопазването. Компании като Astra-Zeneca, Glaxo Smith Kline, Eli Lilly и Merck навлязоха на китайския пазар и отбелязаха експлозивен растеж. Китай също се превърна в разрастващ се център за изследвания и разработки в областта на здравеопазването. Според Сам Радван от ENHANCE International, прогнозните разходи за здравеопазване на Китай през 2050 г. може да надхвърлят целия брутен вътрешен продукт на Германия за 2020 г.<sup>14</sup>

Основата за устойчивия растеж в сферата на здравеопазването е този факт, че продължава да инвестира в осигуряването на „безопасно, ефективно и достъпно здравеопазване“. Начините през 2015 г. ежегодните разходи за здравословно здравеопазване се увеличават с 9–9,5 % годишно, като основно за сметка на държавната реформа. Търсенето на медицинските услуги се повишава средно на 10,6 % на година. Както във фармацевтичната промишленост, така и в производството на медицинско оборудване, Китай демонстрира най-високите темпове на растеж в света. По абсолютен размер на отрасъла Китай догонва Япония и излиза на второ място след САЩ. Определящият сектор на здравеопазването е това, че нови източници на икономическия растеж зависят от вътрешното търсене.

### ***Ключови параметри на здравната система и политики на КНР<sup>15</sup>***

Китай се урбанизира: разходите за здравеопазване нарастват заедно с търсенето. Числеността на градското население се приближава до 900 милиона благодарение на новия план за урбанизация и оздравяването на политиката на едно дете в градските райони. Именно урбанизацията стимулира търсенето на медицински услуги даже и в неголемите градове. Правителството увеличава инфраструктурата на здравеопазването и разширява медицинските услуги, за да удовлетвори потребностите на населението.

Китай застарява: в страната има повече от 176 милиона възрастни хора, а до 2050 г. техният брой ще надхвърли 300 милиона (22% от населението). Това означава, че в гъсто населените градски райони ще има твърде голям натиск

<sup>13</sup> [http://news.xinhuanet.com/english/2016-02/26/c\\_135131604.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2016-02/26/c_135131604.htm), последно влизане 18.01.2022/.

<sup>14</sup> Opportunities in Chinese healthcare в <https://www.top1000funds.com/2020/01/opportunities-in-chinese-healthcare/> Последно влизане 19.01.2022/.

<sup>15</sup> Тук и по-нататък данните са по „An overview of the Chinese healthcare system“- вж. в <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7867737/>

върху здравните ресурси и необходимостта от разработване на система за грижи на ниво общност.

Китай е по-болен: има увеличение на хроничните заболявания, свързани с лош начин на живот и замърсяване на околната среда. Те представляват повече от 80% от 10,3 милиона годишни смъртни случаи в страната. Чести са огнища на респираторни и стомашно-чревни инфекции, нараства статистиката на болестите, предавани по кръвен и полов път. С напредването на урбанизацията рисковите фактори като замърсяване, тютюнопушене, високо кръвно налягане и лоша диета ще допринесат за увеличаване на хроничните заболявания. Променящият се профил на заболяването движи търсенето на фармацевтични продукти и медицински изделия в области като онкологията, кардиологията и грижите за диабета.

Китай става все по-богат: броят на домакинствата, които могат да си позволят високи разходи за здравеопазване от джоба си, става значителен. През 2019 г. Китай имаше 75 милиона градски домакинства, които печелят повече от средното за САЩ. Нарастващият брой на богатите и свръхбогатите (70 хиляди с доход от 16 милиона долара) води до въвеждането на висококачествени медицински продукти и услуги в Китай. Частните болници също навлизат на китайския пазар, предоставяйки услуги на високо ниво на богати хора, така че те да се лекуват в собствената си страна, а не в чужбина.

Здравната система на Китай се ръководи от Националната здравна комисия, институция на министерско ниво, която е част от Държавния съвет (така е наричан в КНР Министерския съвет) на Китайската народна република. Комисията наблюдава цялостното управление на здравната система и гарантира достъпа до здравно осигуряване за всички граждани (например чрез предоставяне на допълнителни субсидии на бедните региони).

В същото време качеството на медицинската помощ може да се различава: някои медицински институции – например най-големите болници в Пекин или Шанхай – се управляват директно от националното министерство, но останалите се финансират от регионалните или местните власти, така че болниците в мегаполисите са много по-добре оборудвани от тези, разположени в бедните западни региони.

### *Основни тенденции на развитие*

Въпреки че държавните болници остават ключови за предоставянето на здравни грижи, профилът на доставчиците на здравни услуги постепенно става много по-разнообразен и сложен.

Освен че позволява отварянето на частни болници, правителството позволява на лекари и медицински сестри да практикуват на множество места. Държавните клиники са принудени да повишават ефективността си поради променящите се модели на печалба. Те създават съюзи и партньорства, за да спестяват. Неотдавнашната национална реформа на вторичните болници на-

пример има за цел да предотврати ненужното дублиране на ресурси и прекомерното разширяване.

Същността му е, че в провинцията може да има само две болници на местно ниво, а всички останали трябва да сменят собственика и/или да понижат рейтинга. Ето защо не е изненадващо, че много болници от второ ниво се стремят да се откроят, като предлагат услуги с по-висока добавена стойност като минимално число на инвазивни операции или програми за рехабилитация.

Частното здравно осигуряване набира популярност с нарастващото търсене от частния бизнес и лицата с по-високи доходи.

Китайският частен здравноосигурителен пазар тепърва се заражда. Той представлява само 10% от общите застрахователни приходи в Китай в сравнение с 40% в САЩ. Индустрията прогнозира темповете на растеж на проекта до 25-30% през следващите пет години. Подкрепящите правителствени политики са от ключово значение, тъй като частното застраховане ще облекчи финансовата тежест на индустрията, ще помогне за задържането на ключовия персонал и ще увеличи конкуренцията. Държавата подкрепя местните играчи, създавайки всички условия за техния просперитет.

Например индустрията за медицинско оборудване е идентифицирана като приоритет, политиката за обществени поръчки е в полза на местните компании. Създадени и поддържани са няколко силни местни фармацевтични компании. Акцентът е поставен върху развитието на биологичната медицина и високоефективните медицински изделия.

Националната комисия за развитие и реформи (NDRC) премахва правителствените цени за повечето лекарства. Въпреки че това насърчава конкуренцията на пазара, по-евтините местни марки ще имат предимство. Много провинции са коригирали своите тръжни процедури или процедури за закупуване, за да предпочитат по-евтините местни марки или да въведат по-сложни процедури за болниците за закупуване на международни марки.

Здравеопазването вече не се разглежда само като поле за лечение на заболявания, основните му задачи включват *превенция и поддържане на физическото и психическото благополучие на населението*.

Тази промяна в мисленето се дължи, наред с други неща, от фактори като нарастването на мобилните приложения. Например, на пазара има повече от 500 приложения за диабет. Това рязко сближава диагностиката и лечението, както и формирането на пазар на здравни технологии. Китай сега е вторият по големина пазар на „healthtech“ в света с феноменален ръст от 59,6% през последните 3 години.

Китайските потребители, дори в традиционно аграрните провинции на страната, са гладни за надеждна информация за здравния мениджмънт и затова широко използват силата на интернет и мобилните приложения.

Правителството и производителите активно насърчават програми за скрининг за ключови хронични заболявания. Нараства търсенето на продукти за здраве и здравословен начин на живот. Потребителите с по-високи доходи движат прехода от критични грижи към превантивна диагностика и превантивни здравни грижи.

### ***Медицина с национална специфика***

Традиционната китайска медицина все още е много популярна сред населението и професионалните лекари, въпреки скептицизма на западната медицинска общност. Списанието „Nature“ дори публикува статия, че китайските закони, насърчаващи традиционната медицина, са стъпка назад. Според изданието само използването на пълноценни клинични изследвания може да доведе до реален напредък в борбата с болестите.

Не е изненадващо, че по време на епидемията от коронавируса в Ухан много жители се обърнаха към традиционната медицина. Дори официалните препоръки за лечение на вируса включват, освен западните лекарства, редица традиционни китайски средства. В някои случаи подобни средства могат да бъдат ефективни, но международната научна общност е съгласна, че използването на традиционната медицина вместо най-новите научни постижения може да намали ефективността на здравната система.

В същото време трябва да се отбележи, че въпреки доверието в традициите, Китай постигна значителен напредък в фундаменталната медицина. По отношение на броя на цитираните научни статии в областта на медицината, Китай се е покачил от 22-ро място през 2000 г. до 2-ро място в света през 2019 г.

### ***Какво не е наред със застраховката?***

Едва през 2016 г. започва да се създава единна осигурителна система за всички жители, както селски, така и градски. Китайската държавна застраховка обаче все още не покрива някои от важните лекарства и процедури. Според Световната банка през последните години в Китай не повече от 40% от общите медицински разходи идват от лични разходи на гражданите. Това означава, че всеки трети юан в медицински сметки се плаща от китайците от собствения си джоб, без помощта на държавата или застрахователните компании.

Освен това, според някои експерти, застрахователните правила са неефективни: обществената застраховка обикновено покрива болничните, но не и извън-болничната помощ. Поради това лекарите хоспитализират пациенти, дори когато не се налага, а процентът на хоспитализация в Китай на хиляда души е един от най-високите в света.

### **Здравна система и здравна политика на Япония<sup>16,17</sup>**

Нужно е да се подчертае, че в известен смисъл между здравните системи и политики на КНР и Япония могат да се открият общи черти. Япония е една от страните с обществена здравна система, базирана на универсално и задължително здравно осигуряване и достъп до медицинска помощ за всички граждани, независимо от нивото на доходите. Всеобщото покритие на населението от националната здравноосигурителна система е постигнато още през 1961 г. Общите годишни разходи за здравеопазване възлизат на около 7,1% от брутния национален продукт.

Здравната система в Япония предоставя здравни услуги, включително скринингови прегледи, пренатални грижи и контрол на инфекциозните заболявания, като пациентът поема отговорност за 30% от тези разходи, докато правителството плаща останалите 70%. Плащането за лични медицински услуги се предлага от универсална здравноосигурителна система, която осигурява относително равен достъп, като таксите се определят от правителствена комисия. Всички жители на Япония са задължени по закон да имат здравно осигуряване. Хората без осигуровки от работодатели могат да участват в национална здравноосигурителна програма, администрирана от местните власти. Пациентите са свободни да избират лекари или съоръжения по свой избор и не може да им бъде отказано покритие. Болниците по закон трябва да се управляват с нестопанска цел и да се управляват от лекари.

Медицинските такси са строго регулирани от правителството, за да бъдат достъпни. В зависимост от доходите на семейството и възрастта на осигурените, пациентите са отговорни за плащането на 10%, 20% или 30% от медицинските такси, като правителството плаща останалата такса. Освен това се определят месечни прагове за всяко домакинство, отново в зависимост от дохода и възрастта, а медицинските такси, надвишаващи прага, се освобождават или възстановяват от правителството.

Неосигурените пациенти са отговорни за плащането на 100% от медицинските си такси, но таксите се освобождават за домакинства с ниски доходи, които получават държавна субсидия.

Основата на застрахователната медицина е семейният лекар. Японските граждани обикновено нямат един специализиран семеен лекар, както може да намерите в Канада или Съединените щати. Има сравнително много малко общопрактикуващи лекари, тъй като повечето лекари имат под-специалност. Отивате директно при специалистта, от когото се нуждаете за вашето заболяване. Японските граждани имат по-дълга продължителност на живота от всеки друг, вероятно поради отличните здравни услуги в страната. Системата поставя висок приоритет на *превантивните грижи* вместо на реактивните

<sup>16</sup> Данните са по <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/japan.php>

<sup>17</sup> <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

грижи, наблюдавани в други здравни системи. Японската система за здравеопазване предлага също безплатни скринингови тестове за определени заболявания и превъзходни пренатални програми.

Въпреки това, въпреки големия акцент върху превантивните грижи, японските лекари и медицински сестри не са длъжни да преминават през подновяване на лицензи. Те дори не трябва да участват в продължаващо обучение. Много други страни имат разделение между градска и селска месторабота, при което лекарите се стичат в градовете и предпочитат да работят в градските райони пред селските райони. Но в Япония може да се наблюдава обратното. Има неравномерно разпределение на лекарите в полза на селските райони спрямо градските. Лекарите предпочитат да бъдат разпределени в селските райони, като казват, че изпитват по-високо качество на живот извън градските райони и по-малко стресираща работна среда. Разработена е нова система за заплащане на труда на лекарите, оказващи помощ на възрастни хора. Текущите дейности позволяват на здравеопазването в Япония да постигне добри показатели за общественото здраве при по-ниски разходи за здравеопазване на глава от населението в сравнение с развитите страни. По научен медицински и биологичен потенциал Япония се нарежда на второ място сред развитите страни в света. Тук има 240 медицински и биологични изследователски институции, в които работят около 73 000 медицински учени.

Като **кратки изводи** може да се каже, че основните принципи на които, се базираат здравните системи и здравни политики на Китай и Япония могат да бъдат формулирани по следния начин:

1. Принцип на споделената отговорност предвид създаване на достъпност до здравните услуги;
2. Принцип на превантивното здравеопазване, на здравната профилактика, чийто ключов инструмент е скрининга с помощта на който се осъществява ранна диагностика на ключови заболявания, явяващи се причина за ранна смъртност. В Япония този принцип на практика е въведен, а в КНР се стремят колкото се може по-бързо да се въведат.

## ГЛАВА 2. ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА И АНТИЕПИДЕМИОЛОГИЧНИ МОДЕЛИ – ГЛОБАЛНИ АСПЕКТИ В УСЛОВИЯТА НА COVID-19 <sup>18</sup>

### 1. Срещата на света с COVID-19 – общо и особено

#### *COVID-19 – началото*

Коронавирусите (Coronaviridae; лат. Corona корона, венец + вируси) – са семейство РНК-съдържащи плеоморфни вируси със среден размер, с характерни ресни на повърхността; някои видове са причинители на остри респираторни заболявания при хората. „Ковид -19“ е бета коронавирус от същия род като коронавирус на тежък остър респираторен синдром (SARS) и няколко коронавируса на прилепи. Ето защо Изследователската група за таксономия на вирусите предлага да се нарече този вирус SARS-CoV-2.

Към днешна дата се смята, че COVID-19 е преминал към хората от прилепи. Дали това се е случило директно или чрез междинен приемник (хост), не е известно със сигурност. Инкубационният период продължава до 14 дни. В проучване с потвърдени пациенти средният инкубационен период за COVID-19 е бил четири дни. Към днешна дата няма пълно разбиране за начините на предаване.

Първоначално се смяташе, че първата инфекция се е случила на пазар на морски дарове в провинция Ухан. Но с течение на времето пътят на предаване от човек на човек беше потвърден. Основният път на предаване на коронавируса COVID-19 е контактът. Болният човек или носителът, кихащ и/или кашлящ, отделя слюз, съдържащ вируса. Радиус на разпространение от човек в рамките на 2 метра. В рамките на този радиус може да се получи пряка инфекция. Извън този радиус инфекцията възниква при контакт с заразена повърхност. Здравият човек, докосвайки заразена повърхност, се замърсява с вирус, по-късно, докосвайки лицето си с ръце, той пренася вируса в лигавиците и възниква инфекция.

Първото официално потвърждение на COVID-19 е направено на 31 декември 2019 г. Държавният офис на СЗО в Китай е информиран за група от 27 случая на пневмония с неизвестна етиология, идентифицирани в Ухан, про-

<sup>18</sup> Материалът за този раздел е взет от такива източници като:(1) Pneumonia of unknown cause – China. World Health Organization (последно влизане 5 септември 2020); (2) Nicholas J. Beeching, Tom E. Fletcher, Robert Fowler. COVID-19. BMJ Best Practices. BMJ Publishing Group (последно влизане 5 септември 2020); (3) Tedros Adhanom Ghebreyesus. BREAKING. World Health Organization. (4) Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 39. World Health Organization (последно влизане 5 септември 2020); (5) Beeching, Fletcher, Fowler, 2020, Summary(последно влизане 5 септември.2020).



винция Хубей. Епидемията е възникнала на пазар за морски дарове, където се продават живи прилепи, за които се смята, че са източник на вируса.

На 3 януари 2020 г. китайските власти съобщават за още 44 случая, докато причинителят остава неизвестен. На 7 януари е идентифициран и изолиран нов тип коронавирус 2019-nCoV, а на 9 януари геномът му беше секвениран и представен на световната общност на следващия ден. Работи се по създаването на диагностични комплекти, предприемат се безпрецедентни ограничителни мерки: повече от 1800 екипа от епидемиолози са заети с проследяването на десетки и стотици хиляди ежедневни контакти в Ухан.

Създадени са хиляди медицински и карантинни пунктове в националните зони за обслужване и на входовете и изходите за пътници на летища, жп гари, междуградски автобусни и фериботни гари.

На 24 януари Ухан е блокиран, а след това и други градове в провинция Хубей: летищата са затворени, общественият транспорт е спрял. Въведена е пълна карантина.

Китайската национална информационна система за инфекциозни заболявания получава ежедневни доклади от засегнатите региони, изгражда епидемиологични криви за цялата страна и за всяка провинция поотделно. Те помагат на епидемиолозите в Китай да направят епидемиологични наблюдения за демографията на болестта, зоонозия произход, динамиката на предаване и прогресията. Страната също е използвала данните, за да идентифицира и да се съсредоточи върху области, които имат повече случаи и се нуждаят от повече действия.

От 19 март до 22 март 2020 г. здравните власти не съобщават за нови местни случаи на COVID-19 в провинция Хубей. В градовете се затварят временни болници, а мерките за ограничаване на разпространението на болестта постепенно се премахват. На 8 април 2020 г. Китай обявява премахването на блокирането и ограниченията за пътуване и повторното отваряне на икономиката. Междувременно по света бушува пандемия.

**Таблица 1.** Нов коронавирус в Ухан

Дата	Случаи		Смъртни случаи	Карантина		
	Позрения	Потвърдени		Пог карантина	Изписани	Общо
31 декември 2019	27					
3 януари 2020	44			121		
5 януари 2020	59			163		
10 януари 2020		41	1			
11 януари 2020		41	1	717	46	763
12 януари 2020		41	1	687	76	763
13 януари 2020		41	1	576	187	763

Дата	Случаи		Смъртни случаи	Карантина		
	Позозрения	Потвърдени		Пог карантина	Изписани	Общо
15 януари 2020			2	119	644	763
16 януари 2020		45		98	665	763
17 януари 2020		62	2	82	681	763
18 януари 2020		121				
19 януари 2020		198	3	90	727	817
20 януари 2020		218	3			

**Източник:** Спешно уведомление за лечението на пневмония с неизвестен причинител е издадено от Медицинската администрация на уханския общински здравен комитет, 30 декември 2019 г.<sup>19</sup>

На 31 декември 2019 г. и Световната здравна организация също е информирана за откриването на случаи на пневмония, причинена от неизвестен патоген, а на 3 януари китайските служби докладват на СЗО за 44 случая на пневмония в Ухан, провинция Хубей. Оказа се, че патогенът е нов коронавирус (сега известен като SARS-CoV-2, по-рано под временното име 2019-nCoV), който преди това не е бил открит в човешката популация.

На 30 януари 2020 г., в отговор на огнището, СЗО обявява международна извънредна здравна ситуация, а на 28 февруари 2020 г. СЗО повишава своята глобална оценка на риска от висок на много висок. На 11 март 2020 г. епидемията е призната за пандемия. Пандемията е опасна, тъй като едновременното заразяване на много хора може да доведе до претоварване на здравната система с увеличен брой хоспитализации и смъртни случаи.

Системите на здравеопазване не са подготвени за необичайно голям брой критично болни пациенти. Най-важният отговор на инфекцията не са лечебни мерки, а забавяне на нейното разпространение, за да се разтегне с времето и по този начин да се намали тежестта върху здравните системи. Епидемията се смята, че ще приключи веднага след като населението е развило достатъчен колективен имунитет.

Според анализа на 72 314 случая на заболявания, извършен от Центъра за контрол и превенция на заболяванията на Китай, към 11 февруари 2020 г. 87% от случаите са на възраст от 30 до 79 години, 1% при деца на 9-годишна възраст и по-млади, още 1% – за деца и юноши на възраст от 10 до 19 години, а 3% от случаите са възрастни хора на възраст 80 години. Съотношението мъже / жени е съответно 51% към 49%. Сред случаите 4% са медицински работници. На примера на Китай стана ясно, че разпространението на инфекцията може да бъде ограничено чрез спиране на огнищата на болестта.

<sup>19</sup> Таблица 1 е съгласно File:2019年至2020年武汉肺炎事件.pdf, цит. по <https://bg.wikipedia.org/wiki/>

В САЩ около една трета от пациентите са възрастни хора на възраст над 65 години. Те представляват почти половината от хоспитализациите, 53% от прехвърлянията в интензивно лечение и 80% от смъртните случаи сред пациенти с COVID-19.

Междувременно още от втората половина на 2019 год. в редица страни от т.нар. „Г-7“ започнаха да се наблюдават стагнация и първи белези на рецесия. На практика наблюдаваше се нарастване на кризисни явления в социално-икономически план. Въведената по препоръка на СЗО извънредна здравна ситуация предвид COVID-19 въздейства в негативен план в посока на усилване на кризисните явления в глобален план. На практика не само отделни страни, но и целия свят се оказа в извънредна ситуация – начало на глобална криза, за която като правило днес официално се смята, че пусков механизъм за същата е наречената от СЗО пандемия COVID-19.

В началото пандемията има локален ефект върху фондовите борси в Китай, където обемите на търговия започват да намаляват от 21 януари 2020 год.<sup>20</sup> Но вече на 27 януари, на фона на увеличаване на броя на случаите, спадът засяга FTSE 100 и европейските борси.<sup>21</sup>

По-нататъшното развитие води до срив на световния фондов пазар, който започва на 20 февруари 2020 год. Индустриалната средни стойности на Dow Jones, S&P 500 и NASDAQ-100 падат на 27 февруари до тези в една от най-лошите търговски седмици от Глобалната финансовата криза 2007-2008 год.<sup>22</sup> Пазарите стават изключително нестабилни през следващата седмица. На 9 март и трите индекса на Уолстрийт падат с повече от 7% и повечето световни пазари отчитат спад в бизнес активността, главно в отговор на войната с цените на петрола между Русия и Саудитска Арабия.<sup>23</sup> Падането е наречено Черен понеделник и е най-лошият срив от Голямата рецесия през 2008 год. насам.<sup>24</sup>

COVID-19 води до затваряне на предприятия в страни с висок процент случаи, рязко нарастване на търсенето на ежедневни продукти, спекулации на пазара за определени стоки: антивирусни лекарства, санитарни маски, дезинфектанти. Поради спирането на предприятията в КНР, а след това и по целия свят, търсенето на петрол и петролни продукти спада. Това от своя страна предизвиква колапс на цените на петрола. Много събития по целия свят са отменени.

<sup>20</sup> World financial markets rocked by China coronavirus. The Guardian, 23 .01. 2020.

<sup>21</sup> Global markets slide on back of coronavirus concerns in China. The Guardian, 27.01.2020.

<sup>22</sup> Peltz, James F. Stock market enters a correction, down 10% from recent peak. Los Angeles Times, 27.02.2020.

<sup>23</sup> Partington, Richard. Global stock markets post biggest falls since 2008 financial crisis. The Guardian, 9.03.2020.

<sup>24</sup> P. Richard. Global stock markets post biggest falls since 2008 financial crisis. The Guardian (9.03.2020).

Продължителната карантина променя приоритетите на потреблението: търсенето на редица стоки, като автомобили, дрехи, стоки с трайна употреба, туристически услуги, полети със самолети и други рязко спада. В същото време обаче се е увеличава търсенето на стоки за бита, както за онези, които улесняват домашния живот, например производители на хляб и бидета. Въвеждат се нови форми на работа като осъществяването на дистанционни услуги и други подобни. Светът навлезе в една променена ситуация.

Въпреки предприетите карантинни мерки през целия месец септември 2020 година честотата на COVID-19 нараства по света. Така например през септември в Брюксел броят на случаите на ден е два пъти по-голям от този през месец април с.г. Във Виена ежедневно се откриват 10 пъти повече случаи, отколкото през юни. Статистиката на Амстердам и Мадрид през месец септември 2020 г. регистрира почти 20 пъти повече случаи, отколкото през юни и юли. В 10 европейски държави официално признават, че са започнали втората вълна на коронавируса.

### ***Различните вълни от варианти на К-19***

В най-общ план се говори за четири основни варианта на коронавируса, наречени с първите четири букви от гръцката азбука. Вариантът Алфа (В1.1.7) първо е установен във Великобритания, Бета (В.1.351) – в Южна Африка, Гама – в Бразилия (Р.1.). Мутацията Делта (В.1.617.2) е регистрирана за първи път през пролетта на 2021 г. в Индия, където се разпространи масово. В Германия в момента на нея се дължат 15 процента от новите случаи.

По този повод от Института „Роберт Кох“ прогнозира, че Делта ще измести доминиращия тогава вариант Алфа. Именно такава е ситуацията във Великобритания, където 90 процента от инфекциите са с Делта. В същото време от Индия пристигат сведения за нов вариант на коронавируса, наречен Делта плус. Той притежавал допълнителна мутация, която го прави още по-агресивен.

В началото на 2021 г. постепенно Делта вариантът измества доминиращия в Европа, Америка и другаде Алфа вариант на коронавируса. Симптомите при него са по-различни. Кашлицата, високата температура, хремата, както и загубата на обоняние и вкус, са ясни сигнали за възможна инфекция с Ковид-19.

Особеността при заразяването с Делта мутацията е, че не се наблюдава загуба на вкус и обоняние. А и пациентите наред с високата температура, страдат най-вече от главоболие, хрема и дразнене в гърлото. Разликите в признаците на заболяването показват колко важно е и при най-безобидните симптоми на настинка да се направи тест. Когато вирусът се разпространява свободно и причинява множество заразявания, вероятността да мутира се увеличава. Колкото повече възможности има вирусът за разпространение, толкова повече възможности има и за изменения.

На базата на десетките мутации вариантът Делта се разпространява по-бързо от всяка друга разновидност на коронавируса. Един инфектиран заразява средно 6-7 души, при положение, че те нямат имунизационна защита. С други думи, опасността от зараза с Делта е двойно по-висока, отколкото при първоначалния вариант на вируса. Същевременно британски проучвания показват, че Делта се понася с 40-60 процента по-леко от също толкова агресивната мутация Алфа от Великобритания.

Вариантът Делта обаче притежава характеристики, които му позволяват да заобиколи антителата, създадени след имунизация. Затова Делта се разпространява и в държави, в които големи части от населението вече са ваксинирани поне по веднъж. Досегашните данни показват, че само напълно имунизирани могат да се чувстват до голяма степен сигурни по отношение на Делта. Както сочат изследванията, във Великобритания една трета от хората, които са се заразили с Делта, вече са били получили първата доза от ваксината. Институтът „Роберт Кох“ посочва, че ваксините, които са допуснати в Германия, гарантират защита срещу Делта, но едва след пълна имунизация.

Във Великобритания броят на пациентите, които се е наложило да бъдат приети в болница, се е оказал два пъти по-висок, отколкото при засегнатите от първоначалния вариант на вируса. Но както се подчертава – роля са изиграли съпътстващите заболявания на пациентите. Няма данни и за пряко увеличение на смъртността

Появилият се след Делта вариант Омикрон на COVID-19 е определен от СЗО като предизвикващ загриженост въз основа на данните, че има няколко мутации, които могат да повлияят на поведението му. Налице е значителна степен на несигурност по отношение на Омикрон, като се провеждат множество изследвания относно неговата заразност, вирулентност и риска от повторно заразяване.

Новите варианти като Омикрон идват да напомнят, че пандемията от COVID-19 далеч не е приключила. Поради тази причина е от съществено значение хората да се ваксинират при наличие на ваксина, като следват и занапред досегашните указания за предотвратяване на разпространението на вируса, включително чрез спазване на физическа дистанция, носене на маски, редовно миене на ръцете и добро проветряване на закритите помещения.

Освен това е жизнено важно ваксините и другите мерки за обществено здраве да са общодостъпни. Неравенството по отношение на достъпа до ваксини оставя държавите с ниски доходи – много от които са в Африка – изложени на последствията от COVID-19. Обезпечените държави трябва в спешен порядък да предоставят обещаните от тях дози.

Трудно е да се каже дали вариантът Омикрон е повече, или по-малко вирулентен в сравнение с останалите щамове на COVID-19, включително Делта. Няма данни, които да сочат, че вариантът Омикрон предизвиква симптоми,

различни от другите варианти на COVID-19. Важно е да се помни, че всички варианти на COVID-19 могат да предизвикат заболяване или смърт, включително вариантът Делта, преобладаващ в световен план, поради което е толкова важно да се предотврати разпространението на вируса и да се намали рискът от излагането на него.

Ваксинирането и взимането на предпазни мерки, като избягване на пространства със струпване на хора, спазване на физическа дистанция и носене на маска, са критично важни за предотвратяване на разпространението на COVID-19, тъй като се знае, че те са доказано ефективни срещу другите варианти на вируса.

Учените изследват потенциалното въздействие на варианта Омикрон върху ефективността на ваксините срещу COVID-19. Макар информацията да е все още ограничена, СЗО смята за обосновано да се допусне, че сега наличните ваксини дават известна защита срещу тежки форми на протичане на болестта и смърт.

Широко използваните PCR тестове продължават да засичат заразяване с COVID-19, включително с Омикрон. Продължават проучванията, целящи да се установи дали има някакво въздействие върху други видове тестове, включително бързите антигенни такива.

По континенти развитието на ситуацията с K-19 от появата му до днес е следната<sup>25</sup>:

### *Азия*

Както вече се спомена по-горе COVID-19 започва в Азия в Ухан, Хубей, Китай и се разпространи широко из континента. Към 18 март 2022 г. е докладван поне един случай на COVID-19 във всяка страна в Азия, с изключение на Северна Корея и Туркменистан.

Азиатските страни с най-голям брой потвърдени случаи на коронавирус са Индия, Турция, Иран, Южна Корея и Виетнам. Въпреки че е първата област в света, засегната от епидемията, ранната широкомащабна реакция на някои азиатски държави, особено Бутан, Сингапур, Тайван, и Виетнам, им позволява да се справят сравнително добре. Китай е критикуван за първоначално минимизиране на тежестта на огнището, но широкомащабната му реакция до голяма степен ограничава болестта от март 2020 г.

Към юли 2021 г. най-голям брой смъртни случаи са регистрирани в Индия, Индонезия, Иран и Турция, всяка с повече от 90 000 смъртни случая и повече от 900 000 смъртни случая взети заедно. Въпреки това се твърди, че броят на смъртните случаи в Иран и Индонезия е много по-висок от официалните данни. На глава от населението, най-много смъртни случаи има в няколко за-

<sup>25</sup> Материалът по-долу е съгласно [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic\\_by\\_country\\_and\\_territory](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_by_country_and_territory)

падно-азиатски държави, като Грузия, следвана от Армения и Иран на трето място, докато Китай е с най-ниска.

### ***Африка***

Пандемията се е разпространява в Африка на 14 февруари 2020 г., като първият потвърден случай е обявен в Египет. Първият потвърден случай в Африка на юг от Сахара беше обявен в Нигерия в края на февруари 2020 г. В рамките на три месеца вирусът се разпространява из целия континент, тъй като Лесото, последната африканска суверенна държава, останала свободна от вируса, съобщава за случай на 13 май 2020 г. Повечето от идентифицираните са внесени случаи на пристигнали от Европа и Съединените щати, а не от Китай.

В началото на юни 2021 г. Африка се сблъсква с трета вълна от инфекции с COVID, като случаите нарастват в 14 държави. До 4 юли континентът регистрира повече от 251 000 нови случая на Covid-19, което е 20% увеличение спрямо предходната седмица и 12% увеличение спрямо пика през януари. Повече от шестнадесет африкански страни, включително Малави и Сенегал, регистрират нарастване на новите случаи. Световната здравна организация я определи като „Най-лошата пандемична седмица в Африка“.

### ***Северна Америка***

Първите случаи в Северна Америка са съобщени в Съединените щати на 23 януари 2020 г. Случаите са съобщени във всички северноамерикански страни на 25 март и във всички северноамерикански територии на 16 април.

На 26 март 2020 г. САЩ стават страната с най-голям брой потвърдени инфекции с COVID-19, с над 82 000 случая. На 11 април 2020 г. САЩ са страната с най-висок официален брой смъртни случаи от COVID-19, с над 20 000 смъртни случая. Към 21 ноември 2020 г. общите случаи на COVID-19 са над 13 942 964 с над 383 084 смъртни случая.

Към 24 май 2021 г. Канада съобщава за 1 361 564 случая и 25 265 смъртни случая, докато Мексико е съобщило за 2 396 604 случая и 221 647 смъртни случая. Най-много случаи по щат е Калифорния с 3 778 711 случая и 62 945 смъртни случая към 24 май 2021 г.

### ***Южна Америка***

Пандемията достига Южна Америка на 26 февруари 2020 г., когато Бразилия потвърждава случай в Сао Пауло. До 3 април във всички страни и територии в Южна Америка са регистрирали поне един случай.

На 13 май 2020 г. беше съобщено, че Латинска Америка и Карибите са докладвали за над 400 000 случая на инфекция с COVID-19 с 23 091 смъртни случая. На 22 май 2020 г., позовавайки се на бързото увеличаване на инфекциите в Бразилия, СЗО обявява Южна Америка за епицентър на пандемията.











Към 16 юли 2021 г. Южна Америка е регистрирала 34 359 631 потвърдени случая и 1 047 229 смъртни случая от COVID-19. Поради недостиг на тестове и медицински заведения се смята, че огнището е много по-голямо, отколкото показват официалните данни.

### **Европа**

Глобалната пандемия на COVID-19 пристига в Европа с първия си потвърден случай в Бордо, Франция, на 24 януари 2020 г. и впоследствие се разпространява широко из целия континент. До 17 март 2020 г. всяка страна в Европа е потвърдила случай и всички са съобщили за поне един смъртен случай, с изключение на Ватикана.

Италия е първата европейска страна, която преживява голямо огнище в началото на 2020 г., като става първата страна в света, която въвежда национално блокиране. До 13 март 2020 г. Световната здравна организация (СЗО) обявява Европа за епицентър на пандемията и остава така, докато СЗО обявява, че е изпреварена от Южна Америка на 22 май. До 18 март 2020 г. блокирането, въведено в Европа, засяга повече от 250 милиона души. Въпреки внедряването на ваксини срещу COVID-19, Европа отново се превръща в епицентър на пандемията в края на 2021 г. На 11 януари 2022 г. д-р Ханс Клуге, регионален директор на СЗО за Европа, казва, че „повече от 50 процента от населението в региона ще бъде заразено с Omicron през следващите шест до осем седмици.

**Таблица 2.** Класация на 10-те страни с най-голям брой починали от К-12 на 1 милион души

	Страна	Смъртни случаи на 1 милион	Общ брой починали	Общ брой заболели
	Светът	770	6,065,477	465,932,052
	Перу	6,345	211,691	3,539,400
	България	5,255	36,248	1,121,194
	Босна и Херцеговина	4,798	15,661	373,799
	Унгария	4,659	44,895	1,820,767
	Северна Македония	4,399	9,162	302,548
	Черна гора	4,292	2,696	231,927
	Грузия	4,174	16,612	1,639,078
	Хърватия	3,771	15,392	1,079,397
	Чехия	3,661	39,271	3,716,181



**Таблица 3.** 10-те страни с най-много смъртни случаи за месеците от 1 януари до 1 март 2020 г.

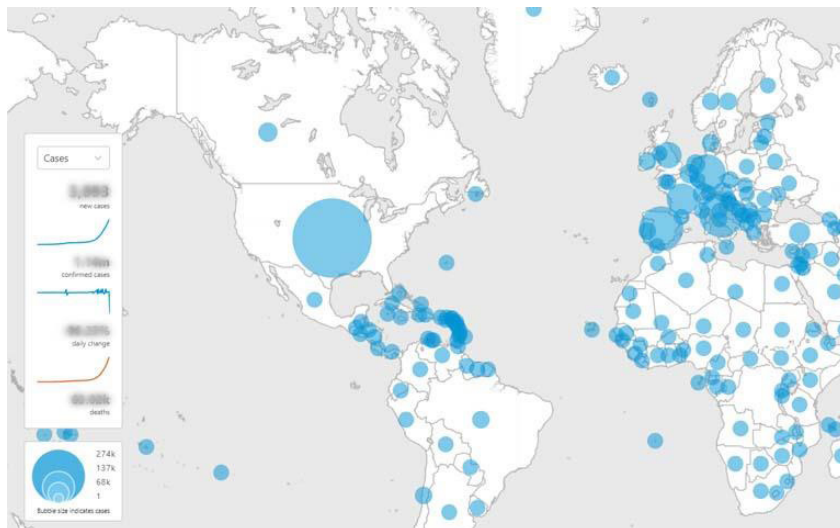
	Страна	1 януари	1 февруари	1 март
	Светът	5,440,722	5,682,684	5,954,004
	САЩ	819,197	881,867	941,112
	Бразилия	618,984	626,854	649,134
	Индия	481,486	496,242	514,023
	Русия	309,707	332,012	352,446
	Мексико	301,663	310,131	318,149
	Перу	202,653	205,505	210,538
	Великобритания	149,790	157,677	161,754
	Италия	137,402	146,498	154,767
	Индонезия	144,096	144,348	148,660
	Колумбия	129,901	134,079	138,693

### **Анализ на базови модели на страните по света за справяне с COVID-19 – сравнителен подход**

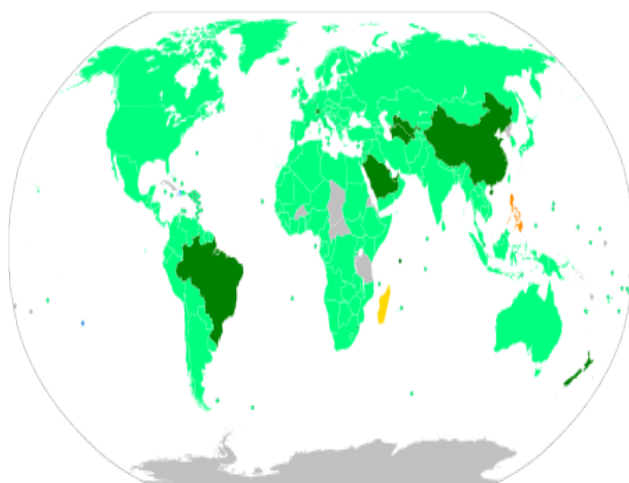
#### ***Основни мерки и мероприятия за справяне с К-19***

Здравните мерки и мероприятия, които имат за цел борба с COVID могат да бъдат класифицирани по следния начин:

1. Хигиенно-защитни мерки – миене на ръцете, на открити части на тялото, носене на защитни маски на лицето, гумени ръкавици и други;
- 2А. Мероприятия, свързани с изолация и карантина на заразени лица;
- 2Б. Мероприятия, свързани с изолация и карантина на лица, за които няма данни да са заразени;
3. Ваксиниране с различни видове ваксини
4. Лекарствени средства като Ретровир, някои китайски лекарствени средства и други



Карта на разпространение на К-19 в три континента – Европа, Африка и Америка (Северна и Южна)<sup>26</sup>



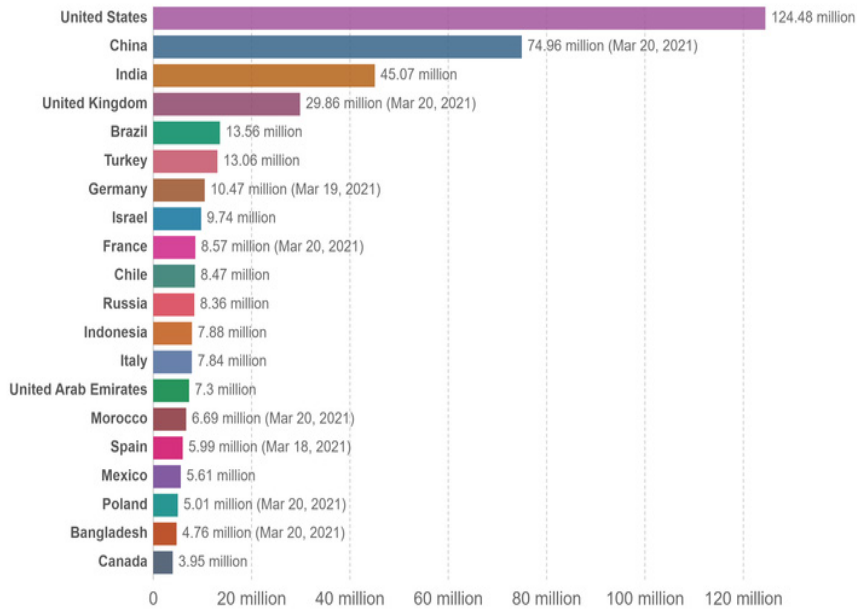
Карта на страните по статута на ваксините и ваксинациите

- Разрешено е пълно използване, осъществява се масова ваксинация
- Разрешено е екстрено използване, осъществява се масова ваксинация
- Разрешено е ограничено използване, ограничена ваксинация
- Разрешено е пълно използване, планирана е масова ваксинация
- Разрешено е екстрено използване, планирана е масова ваксинация
- Разрешено е и се очаква екстрено използване

<sup>26</sup> По-горе и тук е цитирано по <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid>

## COVID-19 vaccine doses administered, Mar 21, 2021

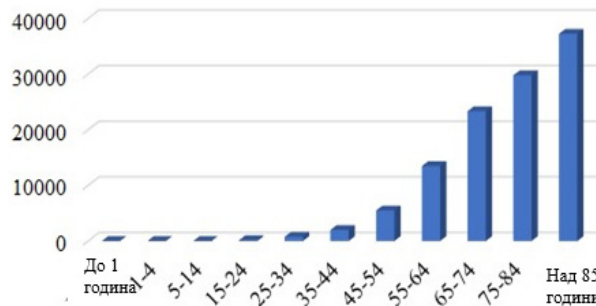
Total number of vaccination doses administered. This is counted as a single dose, and may not equal the total number of people vaccinated, depending on the specific dose regime (e.g. people receive multiple doses).



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 22 March, 09:40 (London time)

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

## Брой на васинирани по страни за 21 март 2021 г.

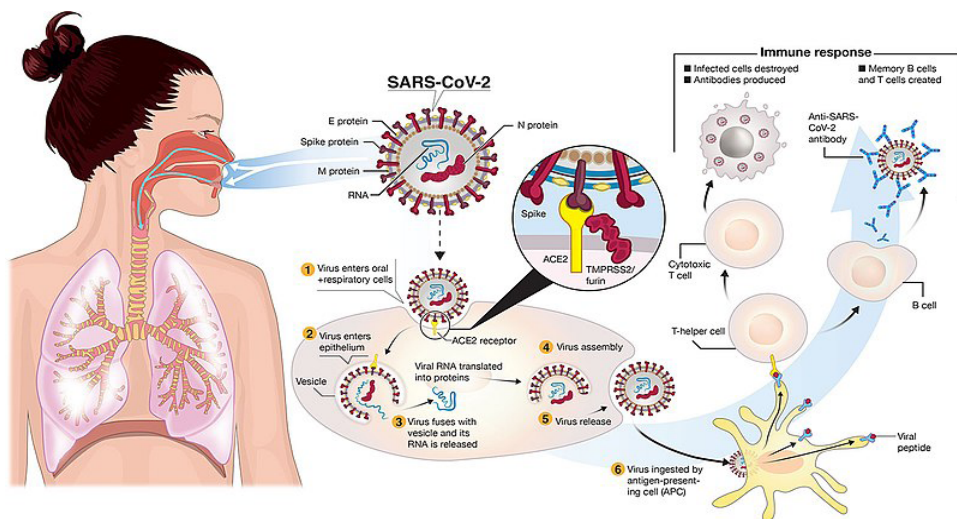


Количество починали с потвърдена диагноза за коронавирусна инфекция – COVID-19 по възрастови групи в САЩ

Източник на данни: National Center for Health Statistics USA..<sup>27</sup>

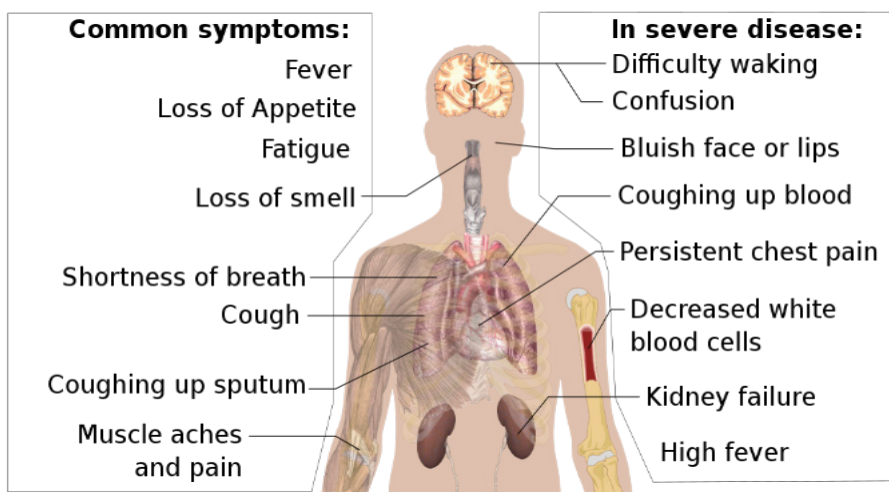
<sup>27</sup> National Center for Health Statistics USA. <https://data.cdc.gov/NCHS/Provisional-COVID-19-Death-Counts-by-Sex-Age-and-S/9bhg-hcku>

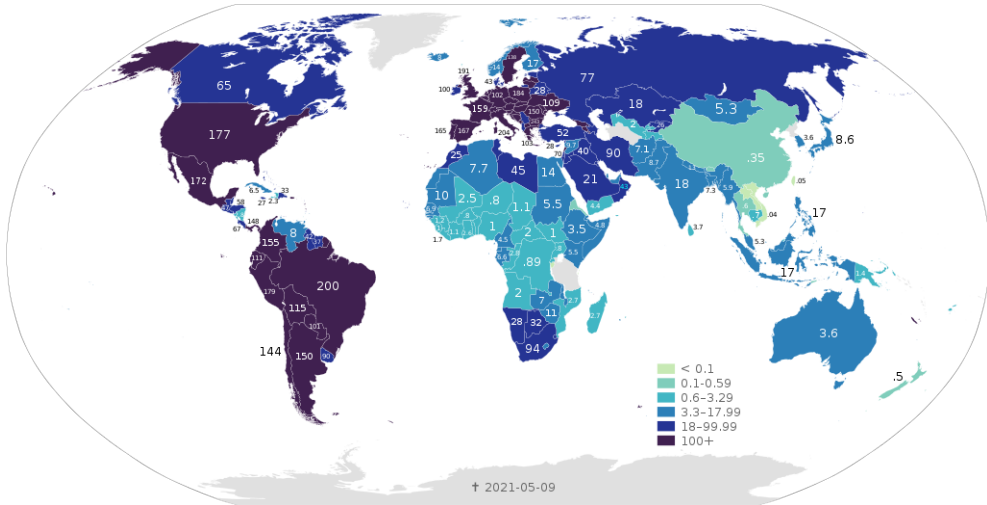
Коронавирусът COVID-19 засяга различни хора по различен начин. Повечето заразени хора развиват леко до умерено заболяване и се възстановят без хоспитализация.



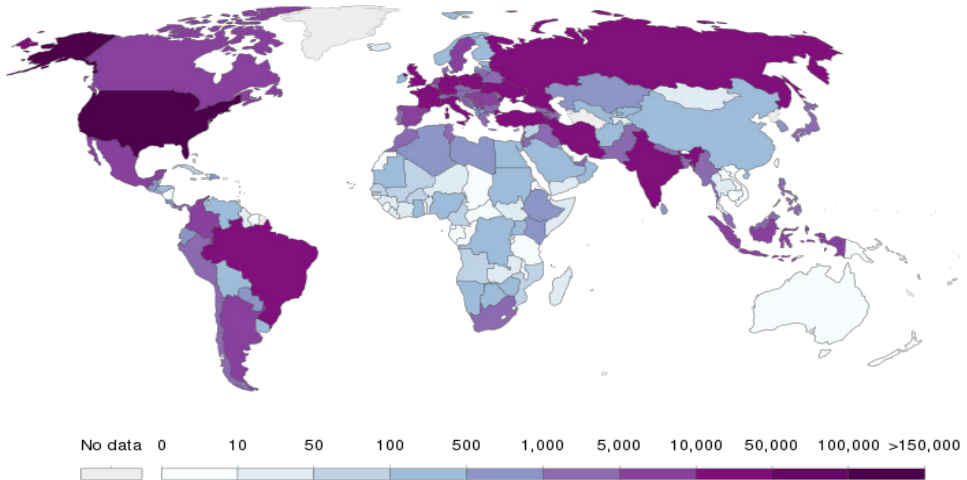
Най-често срещани симптоми: температура; суха кашлица; умора.

По-рядко срещани симптоми: конюнктивит; главоболие; възпалено гърло; диария; загуба на вкус и обоняние; обрив по кожата или промяна в цвета на пръстите на ръцете или крак.





Потвърдени смъртни случаи на 1 000 000 души население  
Заболяване: COVID-19  
Вирус: SARS-CoV-2  
Местоположение: цял свят



Сравнение на базови модели по справяне с К-19 – САЩ и КНР

**Таблица 4.** 10-те страни в света с най-голям брой ваксинирани и процент на ваксинираните в общия брой на населението

	Страна	Брой ваксинирани	Процент на ваксинираните в общия брой на населението
	Светът	5,029,129,307	63.9%
	Китай	1,272,537,000	88.1%
	Индия	970,008,356	69.6%
	ЕС	335,974,991	75.1%
	САЩ	254,823,742	76.8%
	Индонезия	194,136,128	70.2%
	Бразилия	180,093,699	84.2%
	Пакистан	128,074,138	56.9%
	Бангладеш	126,501,599	76.1%
	Япония	102,058,113	81.0%
	Мексико	85,476,366	65.6%

Сравнението на таблица 3 даваща страните с най-голям брой смъртни случаи с таблица 4, представяща както страните с най-голям ваксинирани, така и процента на ваксинираните в общия брой на населението логически ни води до някои важни изводи:

- САЩ са страна с най-голям брой смъртни случаи – над 940 000 души при 76.8% ваксинирани;
- Бразилия е на второ място по брой на смъртни случаи – близо 650 000 души при още по-висок процент ваксинирани – 84.2%;
- Изводът може да бъде, че не съществува обратна корелация, т.е. че по-висок процент ваксинирани гарантира по-малък брой починали.
- Оттук следва друг извод, че ваксинирането не гарантира понижаване на броя на починалите по един категоричен начин;
- Следователно причината за по-малък брой починали, както е случая с КНР, където процентът на ваксинираните също е висок, не се крие само във ваксинирането, но е доста по-комплексен;
- В този случай вероятната причина е нужно да се търси в модела на справяне с COVID -19.

## **Моделът на справяне с COVID -19 в САЩ**

Моделът на справяне с COVID -19 в САЩ е тривиален за страните от ЕС и Северна Америка, а именно:

- Задължително носене на маски и осигуряване на физическа дистанция на публични места;
- Изолиране на максимален брой граждани независимо дали са здрави, носители на вируса или болни;
- Масово ваксиниране като ключов начин за борба с COVID -19.

Както се вижда от практиката този модел не успява да гарантира нито нисък брой заразени, нито ниско равнище на смъртност при заболялите.

## **Моделът на справяне с COVID -19 в КНР**

### ***Кратък преглед на историята на борбата срещу К-19 в Китай***

COVID -19 в КНР е преодолян благодарение на строги мерки и отговорност на самите жители, които дисциплинирано носят маски на обществени места и спазват правилата за физическа дистанция.

В началото страната е огнище на болестта. Общо по време на епидемията са открити около 95 000 случая, починали на 1 март 2022 г. са 6 233. Но Китай е страна с ранна строга карантина, която работи до голяма степен, защото населението на този регион постоянно живее в условия на редовни огнища на опасни инфекциозни заболявания.

Първоначално се налага тотална изолация и закриване на предприятия, Съответно, когато в даден район се открият случая на заболяването, то веднага се прехвърля на буквално военно положение с ограничаване на движението на жителите и *масови тестове*.

Също така китайските лекари обръщат голямо внимание на проверката на здравето на учениците, преди да започнат занятия те трябва да си проверят температурата. На всички обществени места посетителите се насърчават да използват антисептични разтвори, навсякъде са залепени разделителни ленти, за да не се тълпят хора. Тези, които пренебрегват режима на маската, се глобяват с до 200 юана. Но такива нарушители са малко, защото китайците са много ефективни – в метрото например 100% от пътниците са с респиратори и маски.

През зимата и пролетта на 2020 г. са въведени „драконовски” епидемиологични мерки за безопасност – дистанционно обучение и работа, затваряне на всички развлекателни заведения и забрана за излизане от къщата. Те бяха много по-строги, отколкото в страните от Европа и Северна Америка, и се спазваха стриктно (хората безусловно спазваха правилата за карантина, наистина не напускаха къщата, не разхождаха кучето, не ходеха на спортни площадки и за разходки и т.н.), което според експертите направи възможно практически справяне с епидемията.

Дълго време Националната здравна комисия на Китай не включва асимптоматични носители на вируса в общата статистика. Главният епидемиолог на страната Ву Дзуню каза, че асимптоматичните носители на инфекцията представляват само 4,4% от всички заразени, поради което не представляват заплаха за другите. Но под натиска на критиците започват да водят такива записи през лятото на 2020 г. и през октомври са открити 32 нови случая на COVID-19 без клинична картина, 29 от които са внесени от чужбина.

Системата за контрол на здравния код помогна в борбата срещу коронавируса – всъщност това е QR код, който жител на Китай представя на входа на обществени места. Системата показва движенията на потребителя през последните две седмици, както и дали трябва да спазва изолация. Едва в края на септември тази технология е разрешена да не се използва от здрави хора.

Китай дава надежда на останалия свят и напомня на други страни, че дори най-лошите ситуации могат да бъдат обърнати. Отговорът на епидемията от COVID-19 и високото ниво на колективни действия в модерен град с десетки милиони смая света. И въпреки че правителството на страната реши да премахне ограниченията, все още се вземат предпазни мерки. Високото спазване на правилата, индивидуалното чувство за дълг, характерно за жителите на Поднебесната империя, помагат да се държи ситуацията под контрол.

Ако обобщим какви мероприятия съдържа моделът за справяне с COVID-19 в КНР може да се обобщи следното:

- Задължително носене на маски и осигуряване на физическа дистанция на публични места;
- Постепенен преход от изолиране на максимален брой граждани независимо дали са здрави, носители на вируса или болни към масово тестване. Оттук изолиране само на тези, които са били в контакт, а не на всички;
- Масово ваксиниране като начин за борба с COVID-19. Но наред с това използване на средствата на традиционната китайска медицина за повишаване на имунитета, както и други начини – активен живот и движение, физически упражнения, дихателни упражнения на чист въздух, диети за намаляване на личното тегло, както и за ограничаване на т.нар. „junk food“, т.е. вредна, нездравословна храна, също допринасящи за високо равнище на естествен имунитет;
- Поддържане на благоприятен психологически климат в обществото предвид факта, че страхът породен от COVID-19 създава силен стрес, който е утежняващ фактор предвид поддържане на имунитет и при заболели при борба на организма с коронавируса.



## ГЛАВА 3. НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА В БОРБА СРЕЩУ COVID-19 И НЯКОИ ПОУКИ ОТ СВЕТОВНИЯ ОПИТ

### 1. Основни действия, свързани с епидемиологическата обстановка, порогена от COVID-19 в нашата страна

В Националната здравна стратегия 2020, която е водещият стратегически документ на Р България, са конкретизирани целите за развитие на системата на здравеопазването до 2020 г. Тя е в съответствие с ангажиментите на България на европейско и международно ниво, но въплъщава и стремежа на държавата за избор на национален път за развитие на системата на здравеопазване.

В частност в нея е записано следното:

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

- Влошаване на демографската структура и застаряване на населението;
- Неблагоприятно съотношение между раждания и аборти;
- Високо ниво на майчина и детска смъртност;
- Високо ниво на обща смъртност;
- Високо ниво на преждевременна смъртност;
- Ниска продължителност на живота в години и в години в добро здраве;
- Нарастваща заболяемост от хронични незаразни болести, свързани с начина на живот;
- Високо ниво на психичните разстройства;
- Висок относителен дял на лицата със степен на увреждане и трайна неработоспособност.<sup>28</sup>

Предвид здравето на българите са предоставени следните данни и прогнози:

#### Лошите новини

- През 2013 г. населението на България е 7,2 млн. Души и в сравнение с 1990 г. намалява с 1,4 млн. Очаква се до 2050 г. то да намалее до 5,9 милиона;
- Бързо нараства делът на възрастното население (над 65 г.) и намалява делът на младия контингент (0–17 г.). Относителният дял на лицата над 65 г. през 1970 г. е възлизал на 9,7 %, а през 2013 г. той е 19,5 % от населението;
- След кратък период на увеличение, отново се наблюдава тенденция за намаление на раждаемостта;

<sup>28</sup> Вж. НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 в C:/Users/IAJA/Downloads/National\_Health\_Strategy.pdf

- Средната продължителност на живота у нас (74 г.) изостава значително от тази в страните от ЕС (80,3 г.);
- Нарастване на общата смъртност: от 9.1 на 1000 през 1970 г. на 14.4 на 1000 през 2013 г. По показател „обща смъртност” България е на последно място в ЕС (9,7 на 1000 население през 2012 г.);
- Детската смъртност в България (7.3 през 2013 г.) на 1000 живородени деца продължава да бъде неоправдано висока (средният показател за ЕС през 2011 г. е 4 на 1000 живородени деца).<sup>29</sup>

**Таблица 5.** Сравнение на хората над 65 години и под 15 години спрямо общия брой на населението в България и средните данни по света за 2020 г.<sup>30</sup>

Субект на сравнение \ Възраст	Наг 65 години	Пог 15 години
Светът	8%	26%
България	22%	14%

Здравното състояние на хората в България, което определено е резултат на липсата на адекватни здрави грижи вследствие на съществуващата здравна система. Здравната система на България напълно е възприела реактивен режим на действие. Болниците са превърнати в търговски дружества, чиято цел е максимизация на печалбата. Поради това основни методи за поддържане на здравен статус и лечение не е профилактиката, от която малко се печели, а инвазивната и медикаментозната терапия.

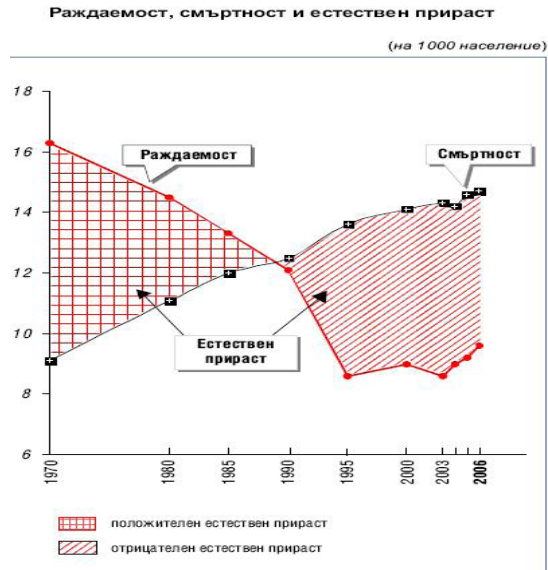
Липсата на системни профилактични грижи са особено забележими при заболяванията, които са ключови причини за ранна смъртност – тези на кръвоносната система – хипертония и като следствие – инсулти и инфаркти, а другата са раковите заболявания.

Най-сигурният индикатор за лош контрол на хипертонията в България е високото равнище на ранна смъртност от мозъчен инсулт. Според официалната статистика и редица проучвания в България има около 2 милиона хипертонични. Около 12% от инсултите у нас са при по-млади от 35-годишна възраст мъже. И по този показател сме на едно от първите места в Европа. Причината е, че рисковите фактори не се атакуват навреме.

България също така е сред страните с най-малък брой излекувани болни от злокачествени заболявания, които пък заемат второ място като причина за ранната смъртност. Причината е, че у нас ракът се открива в късен стадий. Всичко това резултира в картината на демографския срыв.

<sup>29</sup> Пак там.

<sup>30</sup> Данните са според <http://www.prb.org/>



**Фиг. 7.** От средата на 90-те години на XX век започва демографската катастрофа на България<sup>31</sup>

Тези незадоволителните резултати, отнасящи се до личното и общественото здраве в стараната, са онези базови условия, които стават важна предпоставка за негативната картина получила се у нас при срещата на България с COVID-19. Ще припомним още веднъж, че сме на второ място в света по починали от К-19 на 1 милион души.

**Таблица 6.** България в сравнителен план

	Страна	Смъртни случаи на 1 милион	Общ брой починали	Общ брой заболели
🌐	Светът	770	6,065,477	465,932,052
1. 🇵🇪	Перу	6,345	211,691	3,539,400
2. 🇵🇵	България	5,255	36,248	1,121,194
3. 🇸🇦	Босна и Херцеговина	4,798	15,661	373,799

Първият доказан случай на болестта в България е от 8 март 2020 г. Към 6 март 2022 г. има 1 101 326 потвърдени случая на коронавирусна болест 2019 във всички 28 области на страната. Има регистрирани 35 832 смъртни случая и 854 248 оздравели.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> <http://ikonomika.org/> Последно влизане 03.03.2020/

<sup>32</sup> Карта на COVID 19 в България в <https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5>

Поставени са две дози ваксина на 2 048 993 души в България, 33.6% от населението, като по този показател страната остава на последно място в ЕС. С бустерна трета доза са 694 613 души. На 13 март 2020 г. правителството обявява извънредно положение в цялата страна за срок от един месец, който на 3 април е удължен до 13 май 2020 г. От 14 май до 14 юни е обявена извънредна епидемична обстановка. Извънредната епидемична обстановка е удължена до 30 юни. На 24 юни заради сериозния ръст на заболели е обявено удължаване на извънредната обстановка до 15 юли. На 6 юли поради ръст на броя на заболелите извънредната обстановка е удължена с две седмици, до края на месец юли. На 27 юли е обявено удължаване на извънредната епидемична обстановка до края на август. Страната въвежда задължителен PCR тест за туристите от 5 държави – Молдова, Израел, Сърбия, Северна Македония и Кувейт. На 26 август с решение на Министерския съвет извънредната епидемична обстановка се удължава до 30 септември. Впоследствие епидемичната обстановка се удължава до ноември, а след това – до 31 януари 2021 г. На 26 януари 2021 г. с решение на Министерския съвет извънредната епидемична обстановка се удължава до 30 април.<sup>33</sup>

Таблица 7. Брой починали по години и по пол, към 10.01.2022

Година	Жени	Мъже	Общо
2020 г.	2 873	4 544	7 417
2021 г.	10 745	12 312	23 057
2022 г.	364	353	717
<b>Общо</b>	<b>13 982</b>	<b>17 209</b>	<b>31 191</b>

Източник: Портал за отворени данни на Р. България  
(<https://data.egov.bg/data/resourceView/18851aca-4c9d-410d-8211-0b725a70bcfd>)

<sup>33</sup> Тук и по-нататък данните са съгласно <https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%>

**Таблица 8.** Брой и относителен дял на починали по възрастови групи, година и пол, към 10.01.2022

Възрастова група	0 – 12	15 – 16	17 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	80 – 89	90+	Неуточн.	Общо
<b>2020 година</b>													
жена		1	1	7	26	96	253	724	1056	638	70	1	<b>2873</b>
мъж	2	1	2	8	51	183	549	1280	1564	828	76		<b>4544</b>
Общо	2	2	3	15	77	279	802	2004	2620	1466	146	1	<b>7417</b>
относителен дял (%) жени	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.9%	3.3%	8.8%	25.2%	36.8%	22.2%	2.4%	0.0%	<b>100.0%</b>
относителен дял (%) мъже	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	1.1%	4.0%	12.1%	28.2%	34.4%	18.2%	1.7%	0.0%	<b>100.0%</b>
относителен дял (%) общо	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	1.0%	3.8%	10.8%	27.0%	35.3%	19.8%	2.0%	0.0%	<b>100.0%</b>
<b>2021 година</b>													
жена	3		2	28	87	258	787	2324	4168	2739	347	2	<b>10745</b>
мъж	1	2	3	35	173	563	1254	3084	4523	2418	254	2	<b>12312</b>
Общо	4	2	5	63	260	821	2041	5408	8691	5157	601	4	<b>23057</b>
относителен дял (%) жени	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.8%	2.4%	7.3%	21.6%	38.8%	25.5%	3.2%	0.0%	<b>100.0%</b>
относителен дял (%) мъже	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	1.4%	4.6%	10.2%	25.0%	36.7%	19.6%	2.1%	0.0%	<b>100.0%</b>
относителен дял (%) общо	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	1.1%	3.6%	8.9%	23.5%	37.7%	22.4%	2.6%	0.0%	<b>100.0%</b>
<b>2022 година</b>													
жена				3	6	18	66	147	112	12			<b>364</b>
мъж	1			5	12	37	78	122	90	8			<b>353</b>
Общо	1	0	0	8	18	55	144	269	202	20	0		<b>717</b>
относителен дял (%) жени	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	1.6%	4.9%	18.1%	40.4%	30.8%	3.3%	0.0%	<b>100.0%</b>
относителен дял (%) мъже	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	3.4%	10.5%	22.1%	34.6%	25.5%	2.3%	0.0%	<b>100.0%</b>
относителен дял (%) общо	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	2.5%	7.7%	20.1%	37.5%	28.2%	2.8%	0.0%	<b>100.0%</b>
Общо	7	4	8	78	345	1118	2898	7556	11580	6825	767	5	<b>31191</b>

Източник: Портал за отворени данни на Р. България (<https://data.egov.bg/data/resourceV-iew/18851aca-4c9d-410d-8211-0b725a70bcfd>)

### Поуки от световния опит на анти-COVID-19 мероприятията

Когато говорим за поуки от световния опит на анти-COVID-19 мероприятията несъмнено следва да имаме предвид, че пандемията COVID-19 се явява извънредно явление, което на практика подложи на изпитания здравната система и здравната политика на всяка страна по света. Това изпитание показа, че здравната система на редица страни на Запад, които са значително финансирани и които в неекстремален режим на работа демонстрират определена ефек-

тивност, поставени в екстремните условия на COVID-19 трудно може да се каже, че издържаха това изпитание с чест. Особено, когато правим сравнение с редица страни най-вече в Източна Азия – КНР, Япония и РКорея. Безспорно и последните бяха подложени на изпитанието COVID-19, без съмнение и там имаше човешки загуби, но все пак тяхната ефективност се оказа на порядък по-висока.

Дали трябва да се вземе поука от жестокия урок, наречен COVID-19. За страна като България, която в обстановката на пандемията COVID-19 регистрира един трагичен рекорд – второ място в света по брой на починалите от COVID-19 на 1 милион души, такива поуки по наше мнение са задължителни в два ракурса:

- Първият ракурс е свързан с цялостната здравна система и здравна политика;
- Вторият ракурс има отношение към собствено антиеписидемиологични мерки.

По отношение на първия ракурс поуката трябва да бъде, че основната цел на здравната система и здравната политика е подобряването на общественото здраве. В този смисъл основните принципи следва да се формулират като „споделена отговорност“ между общество, здравно лице и ползващ здравната услуга. При това тази споделена отговорност следва да се разбира не само в нейния финансов аспект, но и в социално-поведенчески такъв.

Принципът на споделената отговорност е пряко свързан с другия принцип – този на профилактиката като ключов инструмент за подобряване на общественото здраве.

Следването на тези принципи гарантират до голяма степен такъв аспект на здравната дейност какъвто е нейната достъпност за всеки член на обществото, което има ключово значение за добро обществено здраве.

Поуките предвид втория ракурс също може да формулираме във вид на принципи, т.е. основополагащи положения, от които да се ръководим. Предвид противоепидемиологичната дейност, която като правило изисква максимум усилия от здравната система, следва тези основни ръководни положения да структурираме по следния начин:

- Принцип на „точния мерник“, т.е. обект на здравна терапия и мерки, включително ограничителни и изолиращи такива трябва да бъде тази личност, която именно се нуждае от тях. За тази цел е нужно да се прилагат различни видове диагностика, тестиране и други. В обратен случай загубите за обществото, включително загуба на обществено доверие, може да струва извънредно много на обществото, включително да нанесе дългосрочни вреди на общественото здраве като цяло;
- Комплексния принцип – обект на терапия трябва да бъде личността като цяло. В този смисъл трябва да се разработват такива мерки, които да по-

вишават имунитета на пациента, както и тези личностни параметри като психическо здраве, общ психологически настрой, физическа кондиция и други, които имат значимо въздействие върху имунния статус на пациента. Естествено това в никакъв случай не означава да се пренебрегва конкретното насочено действие върху болестта. Именно затова и принципа наричаме принцип на комплексността.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основата на представения материал могат да бъдат направени следните съществени изводи и заключения, а именно:

- Направеният анализ на фактическите данни позволи да се идентифицират важни моменти – следва да се говори за два алтернативни типа здравни системи и здравни политики – първата ориентирана към пазарни механизми и предполагаща търсенето на финансова печалба при осъществяването на здравни услуги. Втория тип без да пренебрегва финансовия компонент в дейността си има за своя главна цел подобряване на общественото здраве; резултати, които са следствие от тези политики;
- На тази основа основният инструментариум на втория тип здравна система и здравна политика може да формулираме като здравна профилактика и превантивна работа. Подобен инструментариум от гледна точка на общественото здраве от една страна е по-ефективен, а от друга с по-ниски разходи;
- Предвид здравните политики, свързани с антиепидемиологичните мероприятия срещу COVID-19 на основата на споменатите два типа здравни системи наблюдаваме два различни модела на осъществяване на мерките за борба с коронавируса. Първият може да наречем „тесен модел“, доколкото е ориентиран главно към ваксиниране на населението. Вторият „комплексния модел“ предполага комплекс от мероприятия, в които ваксинирането е само един от инструментите. Предвижда се цяла група от мерки повишаващи имунитета, психическото здраве, самодисциплината, психологическата устойчивост и решителност на личността да се бори за своето здраве, а не просто да бъде пасивен получател на здравната услуга „ваксина“;
- Като се базира на горните оценки и изводи в дипломната работа кристализират възможни поуки, които могат да послужат за реформиране и усъвършенстване на здравната система, здравната политика и антиепидемиологичната стратегия в нашата страна;
- В крайна сметка следва да се направи и извода, че системата на здравеопазването се нуждае както от био-медицинската съставляваща за своето развитие без която не е възможно да съществува здравна система и здравна политика, а още по малко борбата срещу такъв екстремен феномен, ка-

къвто е една епидемия или пандемия. Но също така важна и необходима е и социално-здравната съставляваща, съдържаща в себе си въпросите за оптималното управление в дългосрочна (стратегическа), средносрочна (тактическа) и краткосрочна перспектива на „финансирането на“ и „инвестирането в общественото здраве, както и администрирането на здравните структури и дейността на същите.

### Използвани източници

1. Салчев П. ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА НА РЕФОРМАТА. Лекция, май 2017;
2. <https://data.egov.bg/data/resourceView/18851aca-4c9d-410d-8211-0b725a70bcfd>
3. Карта на COVID 19 в България в [https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F\\_%D0%BE%D1%82\\_COVID9\\_%D0%B2\\_%D0%91%D1%8A%D0%BB%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F](https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D0%BE%D1%82_COVID9_%D0%B2_%D0%91%D1%8A%D0%BB%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F)
4. НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 в [file:///C:/Users/IAJA/Downloads/National\\_Health\\_Strategy.pdf](file:///C:/Users/IAJA/Downloads/National_Health_Strategy.pdf)
5. <http://www.prb.org/>
6. <http://ikonomika.org/>
7. <https://data.egov.bg/data/resourceView/18851aca-4c9d-410d-8211-0b725a70bcfd>
8. Pneumonia of unknown cause – China. World Health Organization;
9. Nicholas J. Beeching, Tom E. Fletcher, Robert Fowler. COVID-19. BMJ Best Practices. BMJ Publishing Group;
10. Tedros Adhanom Ghebreyesus. BREAKING. World Health Organization;
11. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 39. World Health Organization;
12. Beeching, Fletcher, Fowler, 2020;
13. World financial markets rocked by China coronavirus. The Guardian, 23 .01. 2020.
14. Global markets slide on back of coronavirus concerns in China. The Guardian, 27.01.2020.
15. Peltz, James F. Stock market enters a correction, down 10% from recent peak. Los Angeles Times, 27.02.2020.
16. Partington, Richard. Global stock markets post biggest falls since 2008 financial crisis. The Guardian, 9.03.2020.
17. P. Richard. Global stock markets post biggest falls since 2008 financial crisis. The Guardian, 9.03.2020.
18. National Center for Health Statistics USA. <https://data.cdc.gov/NCHS/Provisional-COVID-19-Death-Counts-by-Sex-Age-and-S/9bhg-hcku;>
19. [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19/;](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19/)



20. [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic#/media/File:COVID-19](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic#/media/File:COVID-19).
21. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid>.
22. The Copenhagen declaration on health policy. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994. URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/114936/E93948](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/114936/E93948)
23. [https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_\(United\\_States\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States))
24. “Medicare & Medicaid”. HHS.gov U.S. Department of Health & Human Services.
25. <https://www.chistgabriels.com/financial-assistance/>
26. Bump, Jesse B. (October 19, 2010). “The long road to universal health coverage. A century of lessons for development strategy” (PDF). Seattle: PATH.
27. <https://www.cgdev.org/event/long-road-universal-health-coverage-century-lessons-development-strategy> World Health Organization Statistical Information System: Core Health Indicators
28. <https://www.refworld.org/pdfid/46f913440.pdf>, последно влизане 18.01.2022/.
29. <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1/>
30. [http://news.xinhuanet.com/english/2016-02/26/c\\_135131604.htm](http://news.xinhuanet.com/english/2016-02/26/c_135131604.htm)
31. <https://www.top1000funds.com/2020/01/opportunities-in-chinese-healthcare//>
32. „An overview of the Chinese healthcare system“- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7867737/>
33. File:2019年至2020年武汉肺炎事件.pdf, цит. по [https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D0%B0\\_%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F](https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D0%B0_%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F)
35. National Center for Health Statistics USA <https://data.cdc.gov/NCHS/Provisional-COVID-19-Death-Counts-by-Sex-Age-and-S/9bhg-hcku>

---

## HEALTH POLICY DURING COVID-19 – NATIONAL AND GLOBAL ASPECTS

---

**Tatiana Stereva**

**Resume:** The topic of health policy, social and anti-epidemic measures carried out by different countries in relation to pandemics is more than topical and important, both globally and regionally, as well as for individual countries.

The comparison of the different health policies directly resulting from the anti-epidemiological interventions of the different countries in the context of COVID-19 allows the following logic chain to be carried out: analysis and identification of important trends and outcomes resulting from these policies; formulation of key assessments and conclusions regarding the health policies related to the anti-epidemiological interventions against COVID-19; conceptualization of the interventions against COVID-19 in a specific scheme; identification, ideas and practices for improving the social policy in Bulgaria.

**Keywords:** health policy, pandemic, anti-epidemiological measures

# ПРЕВЕНЦИЯ НА УПОТРЕБАТА НА НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА. КОНЦЕПЦИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ПРЕВЕНЦИЯ С ФОКУСНА ГРУПА ДЕЦА И МЛАДЕЖИ 12-18 ГОДИНИ

Ралица Драгоева<sup>1</sup>

*Научен ръководител: проф. д-р Петко Салчев*

*Рецензент: гл. ас. д-р Ралица Велева*

**Резюме:** Превенцията е жизнено важна част от опазването на общественото здраве и намаляване на вредите, свързани с употребата на наркотици. Предотвратяването на нежеланите ефекти върху здравето е предпочитано пред лечението впоследствие. За да бъде ефективна превенцията е необходимо да бъде базирана на анализ от актуални данни, съдържащи информация за нивата на употреба, видовете психоактивни вещества, включително бързо навлизащите нови наркотици, възрастовите групи на употребяващите, както и съпътстващите социални, икономически, и в последните две години, настъпилите вследствие на пандемията от COVID-19 здравни фактори.

В този проект ще бъдат разгледани всички аспекти, касаещи превенцията на употребата на наркотични вещества, видовете превенция, както и ефективните подходи и стандарти за качество при изготвянето и прилагането на превантивни програми.

**Ключови думи:** наркотични вещества, психоактивни вещества, превантивни програми

---

<sup>1</sup> Ралица Драгоева (rdragoeva\_2067038@unwe.bg) е завършила “Филология” в НБУ. Работи в Столична община, направление “Финанси и здравеопазване”; секретар на Общински съвет по наркотични вещества с Превантивно-информационен център по проблемите на наркомафията – София. Част е от работни групи към Министерство на здравеопазването за промяна на нормативната уредба в сферата на употребата и разпространението на наркотични вещества и Междуведомствена работна група за промени в законови и подзаконови нормативни актове, с цел ограничаване употребата на наргилета и растителни изделия за пушене. Участва в изготвянето на Общинска програма за превенция на употребата на наркотични вещества 2019-2023 г.

## Въведение

Опазването на живота и здравето на хората следва да бъде основен приоритет при формирането на политики и реализирането на дейности в сферата на превенцията на употребата и разпространението на наркотични вещества. За да бъде ефективен отговорът срещу наркотиците в една динамично променящата се среда, с все повече предизвикателства и нови заплахи, политиките трябва да се основават на доказателства и да се предоставят посредством балансиран и интегриран подход, който да се преценява чрез въздействието му върху здравето, безопасността и благосъстоянието на хората.

Превенцията е жизнено важна част от опазването на общественото здраве и намаляване на вредите, свързани с употребата на наркотици. Предотвратяването на нежеланите ефекти върху здравето е предпочитано пред лечението впоследствие.

За да бъде ефективна превенцията е необходимо да бъде базирана на анализ от актуални данни, съдържащи информация за нивата на употреба, видовете психоактивни вещества, включително бързо навлизащите нови наркотици, възрастовите групи на употребяващите, както и съпътстващите социални, икономически, и в последните две години, настъпилите вследствие на пандемията от COVID-19 здравни фактори.

В този проект ще бъдат разгледани всички аспекти, касаещи превенцията на употребата на наркотични вещества, видовете превенция, както и ефективните подходи и стандарти за качество при изготвянето и прилагането на превантивни програми. Предоставени са данни за актуалната ситуация с разпространението и употребата на наркотици на територията на Европа и света, които са базата за формиране на адекватни и навременни мерки, целящи да предотвратят употребата на наркотични вещества и вредното въздействие от тях. Познаването на степента на разпространението на проблемите с наркотиците сред населението е важна предпоставка за планиране на успешна превенция.

В настоящата разработка е засегната политиката на България в сферата на превенцията на употребата на наркотични вещества, структурите ангажирани с проблема, нормативната рамка, както и прилаганите подходи и програми. На базата на изложени резултати от проведени проучвания, както и опита от работата на ангажираните с тази дейност институции, са направени изводи за необходимите действия, които ще укрепят превантивния потенциал.

Предвид бързо променящата се ситуация на пазара на наркотични вещества – динамиката в разпространението и лесната достъпност, както и значителното намаление на възрастта на първа употреба у нас (12 г.) е разработена концепция за разширяване обхвата от дейности за деца и младежи на възраст 12-18 години, които експериментират и/или употребяват наркотични вещества. Целта е предоставяне на по-комплексна, по-интензивна

и специализирана помощ за предотвратяване на употребата на наркотични вещества сред младите хора.

## 1. Анализ на ситуацията с употребата на наркотици в света<sup>2</sup>



Във времена, когато скоростта на информацията доста често изпреварва достоверността ѝ, от решаващо значение е да отсеем същественото и да се съсредоточим върху фактите, за да защитим обществото ни от вредното влияние на наркотиците.

Според Световния доклад за наркотиците за 2021 година на Службата на Организацията на обединените нации по наркотиците и престъпността (*UNODC*) употребата на наркотици е довела до смъртта на почти половин милион души през 2019 г. Сериозни и често смъртоносни заболявания, като ХИВ и хепатит С са причинени от употребата на наркотици, особено сред тези, употребяващи инжекционни форми на наркотични вещества.

Въпреки доказаните опасности, употребата на наркотици продължава и в някои контексти се увеличава. През изминалата година около 275 млн. души са употребявали наркотици (за сравнение – 226 млн. души през 2010 г. или с 22 % повече). Демографските прогнози сочат, че до края на 2030 г. броят на хората, употребяващи наркотици ще нарасне с 11 на сто по света.

Системите на здравеопазване са изправени пред все по-тежка задача, като изчисленията сочат, че около 36 милиона души са страдали от психични и поведенчески разстройства, вследствие на употребата на наркотици през 2019 г., в сравнение с 27 милиона през 2010 г. Това представлява ръст от 0,6-0,7% от населението на света.

Въпреки че броят на хората с психични и поведенчески разстройства вследствие на употребата на наркотици се е увеличил, наличието на лечебни интервенции остава ниско. Недостигът на тези услуги се усеща най-вече в бедните страни. Появата на стотици синтетични наркотици на пазара, драматичното увеличение на немедицинската употреба на опиоиди, както и все по-голямата мощ на действие на наркотиците, в сравнение с преди десетилетие, всичко това увеличава рисковете от започване на употреба или прерастване в зависимост. Увеличава се и тежестта върху здравните системи.

Превенцията остава най-надеждният подход за намаляване на употребата на наркотици и техните последици. Най-ефективните подходи са тези, които ангажират младите хора и техните семейства, училища и общности, като създават нагласи и формират поведения за здравословен начин на живот без наркотици.

Често има съществена разлика между реалните рискове и общественото възприятие. В някои части на света, например, употребата на продукти от

<sup>2</sup> Източник на данни: Световен доклад за наркотиците за 2021 г. на Служба на ООН по наркотиците и престъпността

канабис има почти четирикратно увеличение, а процентът на подрастващите, които възприемат канабиса като вреден е спаднал с цели 40%, въпреки доказателствата за здравословни проблеми, свързани с редовната му употреба, особено при млади хора.

Продължава да бъде предизвикателство бързото навлизане на пазара на голям брой нови психоактивни вещества, които са с непредвидими последици от употребата им и дори са трудно разпознаваеми. Благодарение на въведените регулации и законодателни промени намаля скоростта на разпространение в световен мащаб, но в страните с ниска доходност на населението, ръстът на разпространението продължава да е факт. През 2015 и 2019 г. в Южна и Централна Америка е отчетено петкратно увеличение на количеството конфискувани нови синтетични психоактивни вещества. Отчетено е и силно увеличение на иззетите наркотици в Южна и Югозападна Азия, както и Близкия изток.

Същевременно кризата причинена от COVID-19 значително увеличи безработицата. Загубата на работа, тежестта на социалното неравенство и изолацията, са фактори, които направиха повече хора, податливи на употреба на наркотици, както и създаде предпоставка за отглеждане на незаконни култури. Паралелно с това, търговията с наркотици бързо възвърна нивата си след застоя, причинен от ограниченията заради пандемията от COVID-19. Пазарите на наркотици бяха временно нарушени в повечето части на света по време на първата фаза на пандемията, но се възстановиха бързо. В известен смисъл пандемията предизвика и ускори динамиката на трафика. Наблюдава се нарастване на използването на сухопътни и водни пътища, частни самолетни превози и въздушни товари, както и безконтактните методи за доставка чрез пощенски пратки.

Достъпът до наркотици стана по-лесен от всякога чрез онлайн продажби. Пазарът на наркотици в т.нар. „тъмна мрежа“ или „Darknet“ се появи преди около десетилетие и въпреки, че представлява малка част от общия пазар на наркотици в светвен мащаб, увеличението е четирикратно от началото на 2010 г. до 2020 г. Продажбите на канабис доминират в „Darknet“, но маркетингът на т.нар. „Clear web“ (достъпни интернет страници, публични профили и социални мрежи), често включва предлагането на нови психоактивни вещества, като легално регистрирани под формата на различни продукти, както и прекурсори, използвани при производството на синтетични наркотици и психоактивни вещества. Бързо развиващите се технологии, съчетани с гъвкавостта и адаптивността на тези, които използват нови платформи за продажба на наркотични субстанции, може да доведе до глобализиран пазар, което прави достъпни повече забранени вещества от повече източници.

Влиянието на COVID-19 и бързата адаптация на пазара на наркотични вещества ускори и необходимостта от иновации в превенцията на употребата

на наркотични вещества, както и в услугите за лечение. Наложил се адаптиране на предоставянето на услуги, свързани с наркотиците, с цел повишаване на тяхната достъпност и покритие. Започнал използването на технологии при провеждането на скрининги, оценка и консултации, посредством горещи линии за обслужване, интернет базирани услуги и обучения. Нещо повече, в сферата на намаляване на вредите от употребата на наркотични вещества се въвеждат мобилни аутрич програми, вендинг машини или пощенски доставки за стерилни игли и спринцовки за употребяващите, както и пощенски доставки на медикаменти за лица на субституираща терапия. Много от тези нови подходи ще трябва да бъдат много добре оценени, за да се определи тяхната ефективност.

Адаптирането в условията на пандемия на дейностите по превенция на употребата на наркотични вещества, услугите за лечение и рехабилитация на разстройства, свързани с употребата на наркотици имат голям потенциал за развитие и увеличаване на достъпността и покритието им и след приключване на пандемията. Използването на интернет-базирани услуги, създава и необходимостта от актуализиране на стандартите по превенция на употребата на наркотични вещества, като трябва да бъдат взети предвид и нивото на грамотност и достъпност до информационни технологии на населението.

По данни от годишния доклад за 2021 г. на Службата на ООН за наркотиците и престъпността (*UNODC*), употребата на канабис за немедицински цели сред населението се е увеличила драстично, което налага предприемането на мерки за справяне и намаляване на употребата. Мерките трябва да включват даване на приоритет на превенцията, основана на научни доказателства и инвестиции след пандемията. Предвиждат се достатъчно средства в националните бюджети за финансиране на дейностите по превенция и лечение в пост пандемична обстановка.

Съобщаването на факти за наркотиците и популяризирането на научно обосновани интервенции са абсолютна необходимост, за да се намали търсенето и предлагането на наркотици, като същевременно се улеснява достъпа до лечение за нуждаещите се. Повишаване на информираността за проблемите с психичното здраве и вдъхновение за насърчаване на доброто здраве за всички е сигурен път за премахване на стигматизацията и дискриминацията и осигуряване на адекватно лечение. Поставя се обща цел за повишаване на осведомеността и образование на обществеността за психичните заболявания, разработването на стратегии за постигане на психично здраве и благосъстояние е наложително поради недостига на подходяща грижа и лечение на лицата страдащи от психически и поведенчески разстройства вследствие употребата на наркотици.

## Статистика на търсенето и предлагането на наркотици по видове



### Канабис

Приблизително 200 милиона души са употребявали канабис през 2019 г., което представлява 4% от световното население. Цифрата е най-висока в Северна Америка (14,5%) и най-ниска в Азия (2%). Броят на употребяващите канабис се е увеличил с близо 18% през последното десетилетие.

Разнообразието от продукти от канабис става все по-голямо, за разлика от намаляването на разбирането на младите хора за вредата от употребата му – тенденция, която рискува да увеличи отрицателното въздействие върху младото поколение. Процентът на съдържание на основното психоактивно вещество в канабиса – тетрахидроканабинол (ТНС) се е повишил от 4% на близо 16% за периода 1995-2019 г. в Съединените щати, а в Европа от около 6% до 11% за периода 2002-2019 г. Съдържанието на това вещество е отговорно за развитието на тежки психични разстройства при дългосрочната му употреба, особено при младите хора. Разнообразието от продукти, съдържащи канабис с високо съдържание на тетрахидроканабинол под формата на цигари, чай, хранителни добавки и др., както и легализацията на употребата му, без регулация и ограничения за степента на съдържание на това вещество, може да представлява сериозна опасност за общественото здраве.



### Кокаин

Около 20 милиона души са употребявали кокаин през 2019 г., което съответства на 0,4% от населението на света. Степента на разпространение на употребата е най-висока в Океания (2,7%), основно отразяваща ситуацията в подрегиона Австралия и Нова Зеландия, и най-ниска в Азия (0,07%).

Нивата на разпространение остават стабилни през последното десетилетие, докато броят на хората, които употребяват кокаин се е увеличил с 22%, което до голяма степен се дължи на нарастването на броя на населението.

Трафикът на кокаин между Южна Америка и Европа се развива, с нарастване на конкуренцията се повишава качеството и намалява цената, което вероятно ще продължи да увеличава потенциалната вреда от употребата на този наркотик в Европа.



### Опиоиди

Около 62 милиона души са употребявали опиоиди за немедицински цели през 2019 г., което е 1,2% от населението на света. Северна Америка има най-високо разпространение – 3,6%, а Европа най-ниско – 0,8%.



Броят на употребяваните се е увеличил почти двойно през последното десетилетие, а нарастването през последните няколко години се дължи основно на направените по-нови изчисления за Азия и Африка.

Приблизително 50 000 души са починали от интоксикация с опиоиди в Съединените щати през 2019 г., два пъти повече спрямо цифрата за 2010 г.

Един от основните препарати, които стават причина за повечето смъртни случаи е фентанил и неговите аналози.

Наблюдава се ръст на смъртните случаи от свръхдоза в Северна Америка от началото на пандемията. В резултат на икономическия спад, предизвикан от пандемията, уязвимите групи в районите с незаконно отглеждане на наркотични култури сега са по-застрашени, особено в Афганистан, където появата на незаконни посеви, като опиевия мак, е с тенденция към нарастване.

Свободният достъп до опиоиди, произведени от фармацевтичната индустрия в страните с нисък и среден доход е малък, в сравнение с възможността да бъдат намерени на свободния пазар в страните с по-високи доходи.



### Амфетамини

Приблизително 27 милиона души са използвали стимуланти тип „амфетамини“ през 2019 г., което представлява 0,5% от световното население. Цифрата е най-висока в Северна Америка – 2,3% и най-ниска в Африка – 0,4%. Близко 20 милиона души по света се смята, че са използвали „екстази“ през изминалата година. Употребата на амфетамини варира в зависимост от региона.

Немедицинската употреба на фармацевтични стимуланти и метамфетамини е най-голяма в Северна Америка, на метамфетамини в Източна и Югоизточна Азия, а употребата на амфетамини преобладава Западна и Централна Европа и Близкия Изток. Международният контрол и конфискацията на химически препарати – прекурсори, използвани за производството на метамфетамини среща сериозни трудности и намалява в последното десетилетие, поради „изобретателността“ на производителите да променят непрекъснато химичните формули с цел да заобикалят забраните.



### Нови психоактивни вещества

Нови психоактивни вещества представляват тези наркотични вещества, чиито ефект наподобява ефектите на тези, вече контролирани от закона. Наблюдава се намаляване на новите психоактивни вещества на световния пазар. Ако през 2013 г. са били 163 регистрирани нови вещества, то през 2019 г. техният брой е 71. Тази тенденция е отразена на основните пазари в Северна Америка и Западна и Централна Европа. Това показва, че националните и международни системи за контрол успяват да ограничат разпространението на нови психоактивни вещества в страните с

високи доходи. Проблемът с разпространението им обаче остава в по-бедните региони.

Отговорът за ограничаване на предлагането на нови психоактивни вещества и отрицателните последици за здравето включват механизми за ранно предупреждение с непрекъснат набор от мерки, основани на доказателства – от ранно откриване, до ранни интервенции, разследвания след конфискация, включително и обучения на специалисти за реакция при случаи на интоксикация с нови психоактивни вещества.

**ТАБЛИЦА 1.** Средни стойности на годишното разпространение на употребата на канабис, опиоиди и опиати, по региони и в световен мащаб, 2019 г.\*

Регион	Канабис		Опиоиди		Опиати	
	Брой (в хиляди)	Разпространение (в %)	Брой (в хиляди)	Разпространение (в %)	Брой (в хиляди)	Разпространение (в %)
Африка	46,950	6.41	9,050	1.24	3,580	0.49
Америка (Северна и Южна)	59,130	8.77	12,580	1.86	2,550	0.38
Азия	61,460	2.01	35,750	1.17	21,540	0.70
Европа	29,610	5.45	3,610	0.66	3,080	0.57
Океания	3,220	12.00	660	2.47	30	0.11
ГЛОБАЛНИ СТОЙНОСТИ	200,380	3.98	61,650	1.22	30,780	0.61

**Източник:** Данните са базирани на годишния доклад на UNODC.  
Забележка\*: Разпределение на хората, употребяващи наркотици, в процент от населението на възраст между 15-64 години.

**ТАБЛИЦА 2.** Средни стойности на годишното разпространение на употребата на кокаин, стимуланти от типа на амфетамините и “екстази”, по региони и в световен мащаб, 2019 г.\*

Регион	Кокаин		Амфетамини и стимуланти с рецепта		“Екстази”	
	Брой (в хиляди)	Разпространение (в %)	Брой (в хиляди)	Разпространение (в %)	Брой (в хиляди)	Разпространение (в %)
Африка	1,950	0.27	2,720	0.38	1,890	0.26
Америка (Северна и Южна)	10,360	1.54	8,710	1.30	3,620	0.54
Азия	2,030	0.07	12,670	0.42	9,930	0.32
Европа	5,000	0.92	2,510	0.46	3,550	0.65
Океания	730	2.70	340	1.27	590	2.18
ГЛОБАЛНИ СТОЙНОСТИ	20,060	0.40	26,950	0.54	19,570	0.39

**Източник:** Данните са базирани на годишния доклад на UNODC.  
Забележка\*: Разпределение на хората, употребяващи наркотици, в процент от населението на възраст между 15-64 години.

## 2. Анализ на ситуацията с наркотиците в Европа<sup>3</sup>

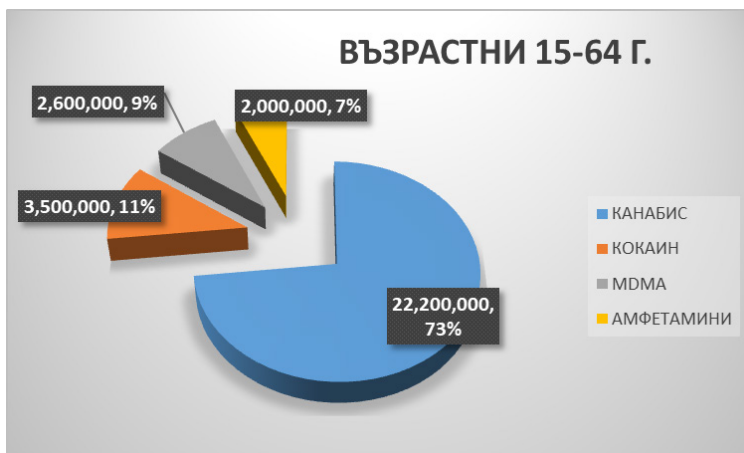


Ежегодно Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA) изготвя доклад за ситуацията в областта на наркотиците в Европа, основана на информация предоставена от страните членки на Европейския съюз, Турция и Норвегия.

Данните за 2021 г. показват, че 83 млн. души или 29% от населението на Европейския съюз (на възраст между 15 и 64 години) са употребявали наркотици поне веднъж в живота си. Употребата на наркотици през последната година сред младите хора (на възраст между 14 и 34 години) е значителна – 17,4 млн. или 16,9%.

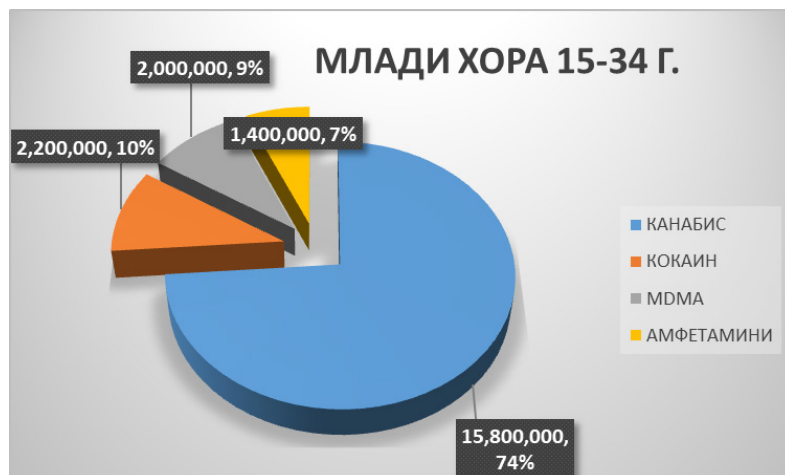
Най-често изпробваният наркотик е канабис, а разпространението на високорисковата употреба на опиоиди сред възрастните (15-64 години) е около 1 млн. души, което се равнява на 0,35% от населението на Европейския съюз. Равнищата на употреба на канабис някога през живота варират в отделните държави в границите между 4% от възрастните в Малта до 45% във Франция. За последната година 22,2 млн. души са употребявали канабис във възрастовата група 15-64 г., младите хора са 15,8 млн.

Пазарът на наркотици в Европа се усъвършенства по отношение на новите методи за производство и трафик на наркотици и използването на технологиите за увеличаване на ръста на онлайн продажбите. Освен, че е транзитен път за пренасянето на наркотици към други континенти, Европа представлява и голям пазар, снабдяван както от местното производство така и от други региони на света – Южна Америка, Западна Азия и Северна Африка.



Източник на данни: Европейски мониторинг център за наркотици и наркомани  
**ФИГУРА 1.** Данни за употребата на наркотични вещества в Европейския съюз през последната година при лица на възраст 15-64 г.

<sup>3</sup> Източник на данни: Европейски доклад за наркотиците за 2021 г. на Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите



Източник на данни: Европейски мониторинг център за наркотици и наркомани  
**ФИГУРА 2.** Данни за употребата на наркотични вещества в Европейския съюз през последната година при лица на възраст 15-34 г.

### Статистика на търсенето и предлагането на наркотици по видове



#### Канабис

Канабисът остава наркотичното вещество с най-висока употреба в Европа и въпреки, че данните са стабилни, а не нарастващи, се очаква в бъдещ период проблемите, свързани с употребата на канабис да се увеличат. Особена тревога поражда наличието на продукти с повишеното съдържание на тетрахидроканабинол (*THC*) – основното психоактивно вещество в канабиса. Канабисовата смола продавана в Европа е с почти два пъти повече съдържание на *THC*, в сравнение с цветовете и листата на растението. Много нови форми на канабис се включват на пазара, както и се откриват нови начини за употребата му. Наред с това се увеличава броя на лицата постъпили за лечение след употреба на канабис. Общо 51% от постъпилите за лечение през 2019 г. съобщават, че са употребявали този наркотик ежедневно през последния месец.

През 2019 г. са отчетени конфискации на смола от канабис в държавите членки на ЕС в размер на 465 тона и канабис трева – 148 тона. Турция е отчетла 28 тона конфискации на смола от канабис и 63 тона трева.

Наблюдаваме и наличие на естествени продукти от канабис с по-ниско съдържание на *TCH*, но подправени с нови и много мощни синетични канабиноиди, които представляват сериозен риск за здравето.



### Кокаин

Кокаинът е втория най-често употребяван наркотик в Европа. През 2019 г. са конфискувани рекордните 213 тона, което показва нарастващо предлагане в страните от Евросъюза. Чистотата на кокаина се е увеличила пред последното десетилетие и през 2019 г. е достигнало средно ниво от 57%, докато цената на дребно остава стабилна. Броят на постъпилите за лечение от употребата на кокаин е нараснал в 17 държави между 2014 и 2019 г., а 12 държави отчитат нарстване през последната година.

Всички тези показатели сочат потенциално увеличаване на проблемите, свързани с употребата на кокаин.



### Амфетамини

Амфетаминът е втория най-употребяван стимулант в Европа след кокаина. Производството му е близо до потребителските пазари в Европейския съюз, основно в Нидерландия, Белгия и Полша. Предизвикателство за правоприлагащите органи остават опасните местни лаборатории за производство на този наркотик. За 2019 г. са отчетени конфискации в размер на 17 тона, което е два пъти повече в сравнение с 2018 г.

Лицата постъпили за лечение, които съобщават, че са употребявали амфетамин са приблизително 13 000 за 2019 г, а най-малко 15% са постъпилите за първи път на лечение са от страните България, Латвия, Полша и Финландия. Амфетаминът е четвъртото най-често докладвано от болниците вещество, присъстващо в проявите на остра наркотична интоксикация.



### Метамфетамини

Този синтетичен наркотик от групата на стимулантите (познат още като „екстази“) представлява сериозна опасност за здравето, тъй като употребата му води до непреодолима зависимост при 90% от употребяващите. В сравнение с другите стимуланти употребата му в Европа е ограничена, но промените в производството му и трафика представляват риск от увеличаване на консумацията. Основната страна източник на метамфетамин чрез въздушни товари към Европа е Мексико.



### Опиоди

Основния опиод употребяван предимно от застаряващото население на Европа е хероинът. Въпреки намаляващата група употребяващи този наркотик, той продължава да се свързва с опасните форми на употреба.

Конфискациите на хероин, съобщени от държавите членки на Европейския съюз, са в размер на 7,9 тона през 2019 г., като големи количества са задържани в Белгия (1,9 тона), България (0,8 тона), Франция (1 тон), Нидерландия (1,3 тона) и Словения (0,8). Турция е конфискувала над 20 тона хероин през 2019 г., което е най-голямото количество за последното десетилетие.



### Нови психоактивни вещества

Данните на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите сочат, че в края на 2020 г. са регистрирани повече от 830 нови психоактивни вещества, 46 от които са открити за първи път в Европа. Мощните нови синтетични психоактивни вещества, в т.ч. канабиноиди и опиоиди, крият сериозен риск за здравето.

Изложените данни дават информация за настъпилите съществени промени в пазара на наркотици. Той се характеризира с широко разпространение и разнообразие от наркотични вещества с все по-голяма чистота и сила на действие. Вследствие на големия избор на психоактивни вещества, се наблюдават все по-сложни модели на употреба. Различните комбинации на вещества и тяхната едновременна употреба и взаимодействие, могат да увеличат вредите върху здравето.

Наложените ограничения и социално дистанциране по време на пандемията от COVID-19 засегнаха търговията на дребно, но направиха много по-широко използването на технологиите при разпространението на наркотични вещества. От друга страна и предлаганите услуги за употребяващите също бяха адаптирани към обстановката (онлайн консултиране, телемедицина, телефонно консултиране и др.), за да продължат да предлагат подкрепа на хората употребяващи наркотици.

Изводите, които могат да бъдат направени са, че изключително динамично променящата се ситуация налага и по-динамична работа на заинтересованите страни в борбата с употребата на наркотични вещества. Формирането на политиките в тази област налага добро познаване на обстановката чрез събиране и анализиране на актуална информация, за да бъдат изработени най-ефективните отговори на проблема с наркотиците.

### 3. Концепция на превенцията

Защо е важна превенцията и какво означава тя в контекста на бъдещите политики в тази сфера? Това е ключов аспект за насърчаване на здравословен живот и включва мултидисциплинарен подход, обхващащ от наблюдение, през предоставяне на здравни съвети и информация, както и конкретни действия, предприети на национално и световно ниво. Дейностите по превенция се осъществяват в различна среда – в дома, на работното място, в училищата,

младежките центрове, в здравните институции и на обществени места, чрез организирани кампании за тази цел.

В контекста на превенцията на наркотиците, тя е свързана с разпространението на употребата и злоупотребата с вещества и въздействието, което оказват върху здравето и благосъстоянието на населението. Неоспоримият мащаб на проблема и неговата огромна социална и икономическа стойност правят отговора за справяне с това предизвикателство на нашето време приоритет при формирането на здравните политики. Здравно-икономическите реалности дават да се разбере, че правителствата трябва да участват в предотвратяването на употребата на психоактивни вещества. Превенцията на наркотици обаче се нуждае от ефективни подходи и действия, за да постигне целите си. Няма една единствена причина за употреба и злоупотреба с наркотици и нито едно самоцелно действие не може да изкорени употребата и злоупотребата с психоактивни вещества. Реализирането на потенциала на превенцията на наркотиците е сериозно предизвикателство.

Всеобщото разбиране за превенцията на наркотиците е, че тя се състои в предупреждаване на хората за опасните последици от употребата на наркотици. Доказано е, че само предоставянето на информация за ефектите от наркотиците, най-вече чрез епизодични кампании – медийни и други, разпространение на брошури и др. не оказват влияние върху поведението и нагласите за употреба на наркотици. Предоставянето на информация е неизменна част от превенцията, възможността за отхвърляне на митовете и заблудите за вредата от употребата на наркотици, предоставяне на научно доказани факти за вредното им влияние върху човешкия организъм. Чрез повишаване на осведомеността и образоването се постига промяна на нагласите по отношение на употребата на психоактивни вещества, промотират се и се създават устойчиви модели за здравословен начин на живот без зависимости.

Съвременните стратегии за превенция дават възможност за ангажираност на семейството, близките, училището, както и други служби, институции и заинтересовани страни, включване на адекватни стимули на израстването, развитието, търсенето на себе си, на своето място и смисъл, които са характерни нужди в тази възраст. Ангажираността на близки, родители, училища и общности могат да гарантират, че децата и младите хора, включително тези от маргинализираните групи, с нисък социален статус и живеещи в бедност, растат и остават здрави и в безопасност до зряла възраст. Превенцията на наркотици е неразделна част от по-голяма цел – да се гарантира, че младите са по-малко уязвими и по-устойчиви на влиянията на средата. Насочването към предразполагащите фактори още от ранна възраст, чрез прилаганите интервенции, а не само към проблемите с употребата на вещества на по-късен етап в юношеството, могат да предотвратят неблагоприятното въздействие и вреди от наркотичните вещества върху развиващия се организъм.

Предизвикателството на превенцията на употребата на наркотични вещества се състои в това да се помогне на младите хора да формират своето поведение, способности и благополучие в множество области – спазване на социални норми, взаимоотношения с връстници, начин на живот и изграждане на личностни качества. Предразположението към рисково поведение е фактор, който оказва влияние върху уязвимостта на младите хора към употреба на наркотични вещества. Предотвратяването на проблемното поведение цели и положителен ефект по отношение на предотвратяването на употребата на вещества.

Политиката за намаляване на достъпа до наркотични вещества може да направи живота без наркотици по-лесен за постигане. Тази идея е отразена в съвременните подходи за превенция, имащи за цел да намалят риска, свързан със злоупотребата с психоактивни вещества. Именно в тези подходи се крият възможностите за успешна превенция.

Превенцията е един от основните компоненти от системата на общественото здравеопазване, предназначен да се бори с употребата и злоупотребата с наркотични вещества, който се фокусира върху предотвратяването на започването на употреба на наркотици и на прехода към разстройства, свързани с употребата на наркотици.

#### 4. Класификация на превенцията

Класическата типология на превенцията в медицината е първична, вторична и третична превенция. *Първичната превенция* на наркотиците е представена от програми за превенция на употребата на наркотици в училищна среда, *вторичната превенция*: чрез интервенции, насочени към деца в риск – израстващи в нездравословна среда, семейства на употребяващи психоактивни вещества, и *третична*: чрез интервенции, насочени към предотвратяване на рецидиви от злоупотреба с наркотични вещества. Тази типология, която използва медицински модел, е заменена от нова класификация, която описва по-точно сложното човешко поведение, свързано с употребата на психоактивни вещества.

Новата класификация включва три вида превенция – *универсална*, *селективна* и *индикативна*, които се допълват взаимно. Това, което е важно за разграничаването на видовете превенция, е нивото на уязвимост за развитие на проблеми с употребата на вещества, а не дали или колко хората използват наркотични вещества. Универсалната, селективната и индикативната превенция се отличават с нивото на риск в рамките на целевите групи или индивиди.

##### 4.1. Универсална превенция

Универсалната превенция е насочена към развитието на умения и ценности, възприемане на норми, взаимоотношения и социален живот. При универ-



салната превенция всички членове на обществото се третираат като изложени на един и същ риск от употреба на наркотици, а целевата група включва всички тези членове, без да се вземат предвид различни нива на уязвимост и риск.

Целта на универсалната превенция на наркотици е да предотврати или отложи началото на употребата на наркотици чрез предоставяне на цялата необходима информация и развиване на умения за справяне с рисковите фактори на средата, предразполагащи към започване на употреба.

Сред подходите в универсалната превенция са превенция в училище, в средата на подрастващите, превенция в семейството и превенция в общността. Училищните интервенции са били многократно поставяни под въпрос, но има доказателства, че те могат да бъдат ефективни за отлагане на първа употреба, отклоняване от експериментиране или прекратяване на употреба на психоактивни вещества сред учениците. Налице са доказателства за положителното въздействие на интервенциите при работата със семейства и родители.

#### **4.2. Селективна превенция**

Селективната превенция на наркотици е насочена към интервенции в уязвими групи, където употребата на вещества често е концентрирана. Фокусът на тази превенция е подобряване на възможностите на хората в трудни условия на живот. В селективната превенция социалните и демографските показатели се използват за идентифициране на целеви групи с по-високи нива на уязвимост, като маргинализирани етнически малцинства, младежи в бедни квартали, млади правонарушители, уязвими семейства или живеещи в специфични условия.

При селективната превенция се обръща внимание на специфични групи от населението, тъй като те са изложени на значително по-висок риск. Основното предимство на селективната превенция е, че уязвимите групи от населението са лесно разпознаваеми. Сред тези уязвими групи има голям потенциал за превенция употребата на наркотични вещества.

Необходими са обаче дейности, насочени към мотивация, умения за вземане на решения, тъй като предоставянето на информация, чрез разпространение на информационни листовки е доказано неефективно, което е доказано неефективен метод и при останалите видове превенция.

#### **4.3. Индикативна превенция**

Индикативната превенция на наркотици е насочена към определени уязвими лица, като им помага да се справят с индивидуалните черти на личността, които ги правят по-склонни да употребяват наркотични вещества.

При този подход уязвимото лице се идентифицира чрез скрининг или чрез диагностична процедура направена от специалист (лекар-психиатър, психолог), като се установяват най-често разстройства от дефицит на внимание,

промяна в поведението и т.н., които увеличават риска от употребата на наркотици. Целта е интервенциите да се адаптират и насочат към лица, изложени на риск от злоупотреба с вещества и прогресиране в зависимост, както и свързаните с нея опасности.

Осъществява се оценка на нуждите и степента на проблема, свързан с употребата на психоактивни вещества, оказва се психологическа помощ и подкрепа за постигане на здравословен начин на живот, прекратяване на употребата на психоактивни вещества, разбиране на себе си, своите ценности и приоритетите, осмисляне на собствената реализация, справяне с проблемното поведение, преодоляване на вътрешни конфликти. При необходимост и заявено желание от страна на уязвимия, се привличат за работа родители, близки, партньори. При необходимост лицата се насочват и консултират от лекар-психиатър, осъществяват се уринни тестове за наличие на психоактивни вещества. Чрез индивидуална психологическа помощ се дава възможност за проследяване на устойчивостта на промяната след прекратяване на употребата на психоактивни вещества. Разширява се груповата работа за превенция на рецидив при употреба на психоактивни вещества и/или връщане към стари модели на зависимо поведение.

Ковид пандемията разви телефонното консултиране, онлайн консултиране през различни социални платформи. Целта на консултанта в телефонния разговор е да мотивира клиента да заяви открито проблема и да потърси помощ. Търпят развитие и креативните дейности, включващи творческа работа в група с цел изразяване на личността, алтернативи на поведение и изграждане на позитивни нагласи.

## **5. Ефективна превенция. Европейски стандарти за качество<sup>4</sup>**

Стандартите за качество са общоприети принципи или набор от правила за най-добрия начин за осъществяване на дадена дейност. Те се отнасят както за формалните аспекти на осигуряването на качество, като например среда, персонал, но могат да се отнасят и до аспектите на процеса, като адекватност на съдържанието, процеса на прилагане на интервенции или процеса на оценка.

Ефективната превенция изисква добре структурирана база за прилагане на набор от интервенции и политики.

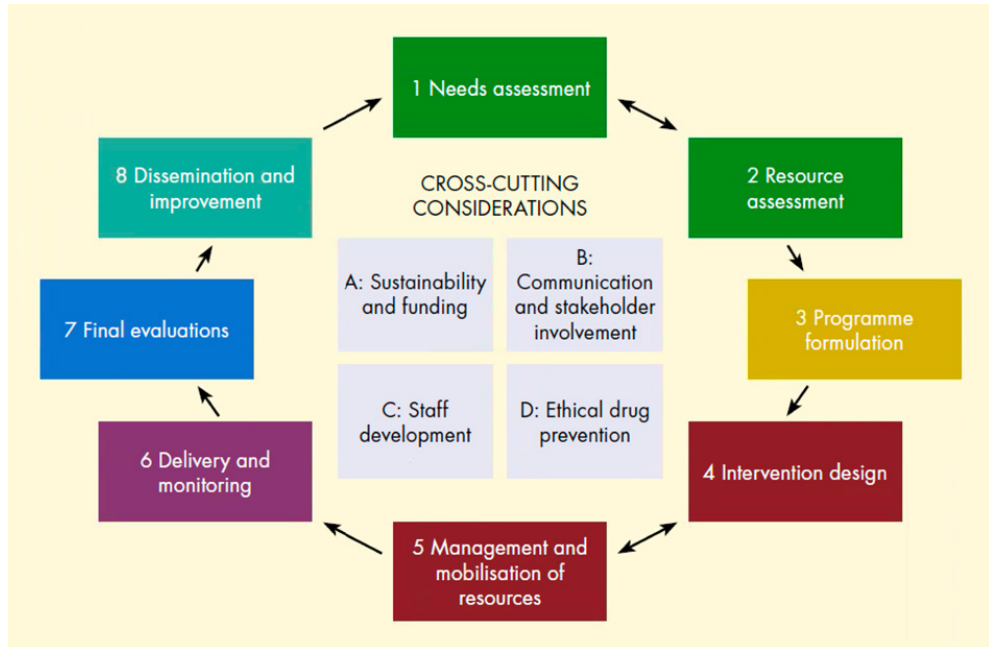
Реализирането на превантивни програми трябва да бъде улеснено с подкрепящи политики и нормативни рамки. За успешното им прилагане е от ключово значение участието на всички заинтересовани страни – държавни институции, органи на местното самоуправление, организации, включително и от неправителствения сектор, частни структури, общественост.

---

<sup>4</sup> Източник на информация: Европейски стандарти за качество на превенцията, 2011, Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA)

Интервенциите и политиките трябва да бъдат подкрепени от подходящи ресурси: практики, политики, техническа помощ, академични и изследователски институции. Необходим е систематичен подход, основан на доказателства, за осигуряване на устойчивост на превантивните програми.

Този подход е илюстриран в осем етапа според Европейските стандарти за качество на превенцията (*European drug prevention quality standards, 2011*), изготвени и утвърдени от Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (*EMCDDA*).



**Източник:** Европейски стандарти за качество на превенцията, 2011, Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA)

**ФИГУРА 3.** Цикъл за осъществяването на ефективна превенция

***1-ви етап:*** Оценка на нуждите

През този етап се изследва естеството и обхвата на потребностите, свързани с употребата на наркотици, както и възможните причини и допринасящи фактори. Това включва: познаване на политиката, свързана с наркотиците и законодателството; оценка на употребата на наркотични вещества и нуждите на обществото от интервенции; описване и обосновка на необходимостта от интервенции и определяне на целевата група.

### **2-ри етап: Оценка на ресурсите**

Програми за превенция на наркотици могат да бъдат успешни само ако целевата група, общността и другите съответни заинтересовани страни са „готови“ да се ангажират, да участват или подкрепят изпълнението.

Анализът на вътрешните ресурси и капацитет е важен, тъй като програмата ще бъде осъществима само ако е наличен необходимия екип от специалисти, финансови и други ресурси. Тази стъпка се извършва преди изготвянето на програмата, за да се разбере какви видове програми може да бъдат реализирани.

### **3-ти етап: Изготвяне на програми**

Изготвянето на програми за превенция включва формулиране на съдържание и структура на дейностите, което позволява целенасоченото им, подробно, последователно и реалистично планиране.

Основани на оценката на нуждите на целевата група и наличните ресурси, основните елементи на програмата трябва да бъдат ясно дефинирани:

- Определяне на целевата група;
- Обосновка на програмата;
- Определяне на целите и задачите на програмата;
- Дефиниране на средата, в която ще се прилагат интервенциите;
- Определяне на критерии за ефективност;
- Определяне на времеви период за реализиране на програмата.

### **4-ти етап: Избор на дейности и интервенции**

При разработването на програми за превенция е необходимо да бъдат избрани и формулирани конкретни интервенции (съществуващи или нови), съобразени с целевата група, целите и задачите на програмата и планиране на оценката на тяхната ефективност.

### **5-ти етап: Планиране и оценка на ресурсите**

За успешното реализиране на програмите се изисква добро планиране, управление и организация, както и предвиждане на необходимите ресурси. Това включва определяне на екип от специалисти, изготвяне на материали (брошури, наръчници, филми и др.), техническо обезпечаване и осигуряване на необходимия финансов ресурс.

### **6-ти етап: Прилагане и мониторинг**

В етапа на прилагане на програмата се изпълняват планираните дейности и задачи, като е необходимо поддържане на баланс между придържане към изготвения план и гъвкавост в отговор на възникващи в процеса на работа необходими промени и развитие.

Осъществява се мониторинг на всеки етап от програмата, с цел оценка напредъка и качеството на изпълнение на програмата.

**7-ми етап: Крайна оценка на програмата**

След приключване на програмата се изготвя цялостна оценка на резултатите. В зависимост от мащаба на програмата се извършват статистически анализи, за да се определи ефективността на приложените интервенции за постигане на дефинираните цели.

**8-ми етап: Разпространение и подобряване**

В последния етап на програмата се определя дали програмата трябва да продължи да се прилага на база оценката за нейната ефективност. Ако се установи, че програмата е постигнала своите цели се предприемат последващи стъпки за популяризирането ѝ.

Разпространението на информация за програмата е от полза за осигуряване на устойчивост чрез получаване на подкрепа от съответните заинтересовани страни, както и за получаване на обратна връзка с цел подобряване при по-нататъчното и реализиране.

## **6. Политика, стратегия и нормативна уредба за борба с наркотиците в България**

Опазването на здравето и живота на хората следва да бъде основен приоритет при определянето на здравната политика на държавата. Част от тази политика е и подходът и стратегиите за справяне с проблемите, свързани с употребата на наркотични вещества. Стремещт към опазване на личното и общественото здраве и от друга страна географското разположение на България на т. нар. Балкански път на наркотиците, и членството ни в Европейския съюз, определят политиката на държавата в областта на търсенето и предлагането на наркотични и нови психоактивни вещества.

Със стартирането на здравната реформа в България проблемът е определен като един от основните приоритети, вследствие на което е приет и Законът за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, в сила от 1999 г. Целите на този нормативен документ са да определят задачите и организацията при осъществяване на контрол от страна на държавните органи върху производството, преработването, търговията, употребата, съхраняването, вноса, износа, транзита, пренасянето, превозването и отчетността на наркотични вещества, както и върху пускането на пазара, вноса и износа на прекурсори. С този нормативен акт се уреждат и мерките срещу злоупотребата и незаконния трафик на наркотични вещества, както и тяхното прилагане в съответствие със стандартите и регламентите на Европейския съюз.

Основният стратегически документ систематизиращ визията, принципите, целите и дейностите, чиято реализация ще доведе до определяне политиката на държавата в областта на борбата с наркотиците е Националната стратегия за борба с наркотиците. Тя е приета през 2020 г. и обхваща периода 2020-2024 година. Базира се на резултатите от изпълнението на предходните Национални стратегии (2003-2008 г., 2009-2013 г., 2014-2018 г.), като надгражда и доразвива основните стратегически цели в тях, съобразени с тенденциите в политиките, лечението и пазара на наркотични вещества. Въведени са европейските стандарти за качество на превантивните програми – скринингови въпросници, ранни и кратки интервенции, мотивационно интервюиране; има действащи програми за работа с деца и младежи неупотребяващи, експериментирани или злоупотребяващи с наркотични вещества. Оптимизирана е нормативната уредба, както в областта на превенцията, така и на лечението и психосоциалната рехабилитация на лица зависими от наркотични вещества.

Спрямо предходните стратегии е укрепен административният капацитет на звената ангажирани с контрола на дейностите с наркотични вещества. Засилено е и международното сътрудничество, обмена на информация и участието на експерти от различни институции. Дейностите в стратегията са планирани така, че да отговорят на тенденциите и предизвикателствата, свързани с нарастващата употреба и навлизането на нови психоактивни вещества, което изисква разработването на насоки за превенция, лечение и рехабилитация, съобразени с видовете и начините на употреба, включително и подходи насочени към малолетни и непълнолетни. Повишаването на техническото и технологично равнище на митническия контрол на външните граници на ЕС и във вътрешността на страната, съобразяване с новите условия на пазара по предлагането и търговията на наркотични и нови психоактивни вещества по интернет.

Национална стратегия за борба с наркотиците (2020-2024 г.) включва пет основни области на действие – ограничаване на предлагането и разпространението на наркотични вещества; ограничаване на търсенето, употребата и влиянието на наркотичните вещества и зависимостите върху личното и общественото здраве; повишаване на експертния капацитет за изследвания и обновяване на технологичното оборудване; подобряване на взаимодействието и координацията между институциите. Разискват се промени в нормативната база, необходимостта от дневни и центрове от резидентен тип за деца, възможностите за провеждане на задължително лечение.

Стратегията планира дейностите, за да отговори на предизвикателствата и тенденциите, като координира действията с партньорите по реализирането ѝ на местно, национално и международно ниво. Прямо направените анализи и оценка на нуждите усилията трябва да бъдат насочени в сферите на дейност

на селективната и индикативна превенция, както и към програми за лечение и психосоциална рехабилитация.

### **6.1. Отговорни структури и дейности**

Отговорни институции в изпълнението на целите на Стратегията са 14 министерства и агенции, с водеща роля на Министерство на здравеопазването.

Националната стратегия за борба с наркотиците се утвърждава от Националния съвет по наркотични вещества. Съветът определя и координира националната политика в областта на наркотиците. Националният съвет е колективен орган, чийто председател е министърът на здравеопазването, а заместник-председатели са главният секретар на Министерството на вътрешните работи, заместник-председател на Държавна агенция “Национална сигурност”, заместник-министър на правосъдието. Съставът на съвета е от представители на Президента на Република България, на Върховния касационен съд, на Върховния административен съд, на Върховната касационна прокуратура, на Националната следствена служба и на заинтересованите министерства и ведомства, определени от Министерския съвет. В заседанията на съвета могат да вземат участие и представители на юридически лица с нестопанска цел и лечебни заведения, в зависимост от разглежданите въпроси.

Прилагането на Националната стратегия за борба с наркотиците в областта на намаляване на търсенето се подпомага от създадените на местно ниво 27 Общински съвети по наркотични вещества с Превантивно-информационни центрове към тях. Общинските съвети по наркотични вещества са създадени и функционират във всички общини, които са административни центрове на области на територията на Република България. Организацията и дейността на съветите и централите се определят с правилника за организацията и дейността на Националния съвет по наркотичните вещества. Общинските съвети по наркотичните вещества и превантивно-информационните центрове се финансират със средства от държавния бюджет чрез общинските бюджети като делегирани от държавата дейности.

Съветите разработват, осигуряват и координират програми за борба срещу употребата и злоупотребата с наркотични вещества, а централите към тях осъществяват превантивни дейности и програми, събират и анализират информация за тяхното разработване, координиране и осъществяване.

Дейностите на централите по превенция, включват информиране, консултиране, социални и обучителни дейности и са насочени към различни целеви групи: училищни специалисти – педагогически съветници, учители, класни ръководители, училищни психолози, училищни медицински специалисти; родители; ученици от начален, прогимназиален и гимназиален етап на обучение.

Общински съвет по наркотични вещества – София е колективен орган, който разработва, осигурява и координира общинска стратегия и програма за

борба срещу употребата и злоупотребата с наркотични вещества в съответствие с националната политика, в чийто състав участват представители на Столичен общински съвет, Столична община, както и представители на Столична регионална здравна инспекция, Софийски районен съд, Столична дирекция на вътрешните работи, Софийска районна прокуратура, Местната комисия за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни лица и представител на Омбудсмана на Република България. В дейността на съвета могат да вземат участие и други заинтересовани структури, ангажирани с проблемите на употребата на наркотични вещества на местно ниво. Съветът ръководи и подпомага дейността на Превантивно-информационен център – София, разработва и предлага програмите за превенция на употребата на наркотични вещества на територията на град София.

Превантивно-информационният център в град София работи активно за създаване на работна мрежа със средните училища и други институции, ангажирани с развитието на младите хора с цел осигуряване на повече и по-добри възможности за подкрепа при справяне с проблемите на юношеството и конкретно с проблемите на употреба и злоупотреба с психоактивни вещества. В центъра намират подкрепа както ученици, млади хора, така и техните семейства и близки. Специализираното психологическо консултиране дава оценка при експериментиране, епизодична употреба, периодична употреба и проблемна употреба на психоактивни вещества. Екипът от специалисти – психиатри, психолози, социални работници работят с деца и юноши за развиване на личностови и социални умения, и емоционална компетентност. Работи се и с родители, като се предоставя информация за различните видове психоактивни вещества и признаците за употребата им. Установено е, че родителите доста често се оказват неподготвени за това как да реагират и какво поведение да имат при установяване на употреба при децата. Един от основните фактори за предотвратяване на първа употреба сред децата и младите хора е подобряването на общуването в семейната среда и връзката на родителите с подрастващите.

Програмите на Превантивния център са разработени в трите сфери на превенцията – универсална, индикативна и селективна. Основният принцип на универсалната превенция е





засилване на протективните фактори и намаляване на рисковите фактори. Програмите по универсална превенция са насочени към ученици от 5 до 7 клас и от 8 до 12 клас, реализират се в училищна среда и се осъществяват с ангажираното участие и подкрепа на училищните специалисти и ръководства. Програмите се реализират от психолози, като се използват различни похвати за промяна на нагласите по отношение на собственото здраве, насърчаване и утвърждаване на здравословен начин на живот, подпомагане процеса на израстване, формиране на идентичност и намиране на смисъл, подкрепа на подрастващите в процеса на взимане на решения и отстояване на натиска на групата, трениране на социални умения и умения за насочване на експериментирани или употребяващи връстници.

Като изключително работещ подход за превенция е „връстници обучават връстници“. Изградена е мрежа от доброволци ученици, които се обучават от експертите на Превантивния център и впоследствие подпомагат превантивната работа сред своите връстници.

На база оценката на ефективността на двете програми по универсална превенция са разработени и одобрени, като национални програми за превенция в съответните целеви групи в Плана за действие към Националната стратегия за борба с наркотиците 2020-2024 г., подзадача „Ограничаване на търсенето“.

Програмите по индикативна превенция са насочени към ученици, студенти и младежи експериментирани или употребяващи психоактивни вещества.

В сферата на селективната превенция се реализират аутрич дейности в рискови общности, деца и младежи от малцинствени групи и деца в риск, настани в институции.

Наред с дългосрочните програми, за ефективното ангажиране на младите хора в различни алтернативни дейности за свободното им време, се реализират множество кампании – спортни мероприятия, обучителни програми, креативни дейности, конкурси, концерти и др. Радващ е фактът, че въпреки предизвикателствата на средата все повече младите хора откриват своите таланти и интереси, и намират алтернативи на употребата на наркотични вещества в спорт, изкуство и креативни дейности.

Всички програми, реализирани от Превантивния център са в съответствие с европейските стандарти за качество на превенцията на употребата на наркотични вещества, утвърдени от Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркотичните зависимости. Изготвени са в съответствие с нормативната уредба в тази сфера и подлежат на одобрение, мониторинг и оценка от Националния център по обществено здраве и анализи към Министерство на здравеопазването.

През 2018 година беше приета Общинска програма за превенция употребата на наркотични вещества за периода 2019-2023 г. на територията на град София. Програмата е разработена в съответствие с националната политика в

областта на борбата с употребата на наркотични вещества и следва приоритетите, заложи в Националната стратегия за борба с наркотиците за осъществяване на общински програми за дейности на местно ниво.

Програмата отхвърля митовите и заблудите за последствията от употребата на наркотици сред малолетни, непълнолетни и пълнолетни граждани на столицата, чрез разпространяване на научно доказани факти за вредното им влияние върху човешкия организъм. По този начин се постига промяна на нагласите към наркотичните вещества, промотира и създава устойчиви модели за здравословен начин на живот без зависимости.

Целите са промяна на мнението и нагласите по проблема с наркотичните вещества и зависимостите, както и рисковете свързани с употребата им; намаляване нивата на експериментиране и употреба на наркотични вещества; повишаване на информираността за вредното влияние от употребата на наркотични вещества, рисковете за здравето и влиянието върху човешкия организъм на база научно обосновани факти, изнесени от компетентни в областта експерти, за да противодействат на митовите за наркотиците и алкохола, разпространявани интернет, социалните медии, телевизията, филмите, музиката или средата; стимулиране на образователните събития, с цел младите хора да достигнат до научно базираните доказателства за вредата от употребата на наркотици и пристрастяването.

## **6.2. Анализ на ситуацията България и в частност в град София и оценка на нуждите**

### *Употреба на наркотици сред общото население на България на възраст 15-64 г.*<sup>5</sup>

Според данни от Националното представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България, проведено в края на 2020 г., 9,5% от българите на възраст 15-64 г. посочват, че са употребявали някога в живота си някакво наркотично вещество. Най-голям дял от тях са употребявали марихуана (8,6%), също амфетамини (2,2%), кокаин (2,0%), хашиш (1,9%), екстази (1,3%), хероин (1,0%) и метамфетамини (0,7%). Употреба на комбинация на две и повече наркотични вещества е характерна за 0,9% от анкетираните. 3,1% от българите отбелязват, че са употребявали някакво наркотично вещество 12 месеца преди провеждане на проучването, като най-голям дял са употребявали марихуана (2,4%), също амфетамини (0,7%), кокаин (0,6%), метамфетамини (0,4%). През последните 30 дни преди провеждане на проучването делът на употребявалите някакво наркотично вещество е 1,4%, като най-голям дял от българите отбелязват употреба на марихуана (1,0%) и метамфетамини (0,3%). Най-висок процент от отговорилите посочват,

<sup>5</sup> Източник на данни: Национален фокусен център

че през последните 30 дни почти ежедневно са употребявали канабис (0,3%). Най-ранна средна възраст на първа употреба сред населението на възраст 15-64 г. се наблюдава по отношение на употреба на инхаланти и LSD (17 г.), амфетамини, екстази и марихуана (19 г.). Първата употреба на хероин и халюциногенни гъби започва средно на 20 години, а на кокаин и метамфетамини – на 21 години.

Като причини за първа употреба на наркотично вещество, употребявалите най-често посочват „от любопитство, да опитат нещо непознато“ (69,1% от тях), „за удоволствие, за да изпитат временен приятен ефект“ (37,9%), „от скука, за разнообразие“ (17,7%), „защото е част от съвременния начин за развлечение“ (12,6%), „за да бъдат приети от другите (групата, компанията)“ (12,4%). Най-често първата употреба на наркотично вещество се е случила на купон или домашно парти (при 34,6% от употребилите), в домашна обстановка у приятели (26,4%), на открито – на улицата, в градинка, парк (23,6%). Във връзка с пандемията от COVID-19 и наложените ограничения, за над половината (56,2%) от употребилите не са настъпили промени по отношение на тяхната употреба на наркотици. 1,7% от тях употребяват по-рядко, а 0,8% в по-малки количества. Според 1,3% от българите на възраст 15-64 г. редовното пушене на канабис не представлява риск за здравето. 4,5% смятат, че няма риск за здравето и когато пушат редовно наргиле. 9,4% одобряват пушенето на канабис, като при само 0,7% това се отнася независимо от количеството. 76,4% от изследваните лица определят употребата на наркотици като проблем за страната ни, а за 57,5% е проблем за населеното място, в което живеят.

### ***Употреба на наркотици сред учениците***<sup>6</sup>

В края на 2020 г. бяха реализирани местни проучвания относно някои аспекти от здравното поведение, оценки и нагласи по отношение на употребата на психоактивни вещества сред учениците (8-12 клас) в градовете София, Пловдив, Кърджали и Шумен.

### ***София***

16,4% от учениците в град София посочват, че са употребявали някога в живота си някакво наркотично вещество. Най-голям дял от тях са употребявали марихуана (15,1%), също хашиш (4,3%), кокаин (3,2%), амфетамини (2,4%), екстази (2,3%), халюциногени (1,8%), метамфетамини (1,7%). Употреба на комбинация на две и повече наркотични вещества е характерна за 1,9% от анкетираните. 11,8% от учениците отбелязват, че са употребявали някакво наркотично вещество 12 месеца преди провеждане на проучването, като най-голям дял са употребявали марихуана (11,7%), хашиш (2,6%), кокаин (2,1%), амфетамини (1,8%), екстази (1,7%) и халюциногени (1,5%). През последните 30 дни преди провеждане на проучването делът на употребявалите някакво наркотично ве-

<sup>6</sup> Източник на данни: Национален фокусен център

щество е 6,5%, като най-голям дял от учениците отбелязват употреба на марихуана (6,1%), както и кокаин (1,1%), хашиш и амфетамини (по 1,0%) и екстази (0,8%). Най-висок процент от отговорилите посочват, че през последните 30 дни ежедневно или почти ежедневно са употребявали канабис (1,0%), както и халюциногени (0,4%) и метамфетамини (0,3%).

Най-ранна средна възраст на първа употреба сред учениците в град София се наблюдава по отношение на употреба на синтетични канабиноиди и инхаланти (13 г.) и опиоиди и метамфетамини (14 г.).



Източник: Проучване на ЕСТАТ, 2017 г.

**ФИГУРА 4.** Причини за първа употреба на наркотици сред учениците на България

Първата употреба на кокаин, амфетамини, екстази и халюциногени започва средно на 15 години. Като причини за първа употреба на наркотично вещество, те най-често посочват „от любопитство, да опитат нещо непознато“ (60,5% от употребилите), „за удоволствие, за да изпитат временен приятен ефект“ (39,9%), „от скука, за разнообразие“ (26,0%), „за да се откъснат от действителността“ (20,2%). 8,3% от учениците посочват, че някога в живота си са употребили канабис в комбинация с алкохол, а 2,3% – през последните 30 дни. Само 0,5% са инжектирали някога в живота си наркотици. Според 6,3% от учениците в град София редовното пушене на канабис не представлява риск за здравето. 10,8% смятат, че няма риск за здравето и когато пушат редовно наргиле. Само 1,2% от учениците определят редовната употреба на кокаин като нерискова. 23,9% одобряват пушенето на канабис, като при 5,3% това се отнася независимо от количеството. 47,5% от анкетираните определят употребата на наркотици като проблем за страната ни, за 44,7% е проблем за град София, а за 35,5% е проблем за училището, в което учат.

**Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD), 2019**<sup>7</sup>

През 2019 г. беше проведено седмо по ред изследване по Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD). По отношение на употребата на наркотични вещества поне веднъж в живота, сравнителните данни показват, че България е една от страните, при която се наблюдава значително намаление на употребата на някакво наркотично вещество поне веднъж в живота спрямо предишното проучване – от 30% през 2015 г. на 19% през 2019 г.

Нашата страна участва в този проект за шести път (от 1999 г.), като най-високо ниво на употреба на наркотични вещества се наблюдаваше именно през 2015 г. Канабисът все още е наркотичното вещество, което най-често се използва от учениците в страните от ESPAD. В България употребата на канабис поне веднъж в живота (17%) е малко над средната за Европа, като настоящата употреба (през последните 30 дни) на канабис съвпада със средното европейско ниво (7,1%). Прави впечатление, че за България относителният дял на момчетата леко превишава относителния дял на момчетата по показателя „употреба на канабис поне веднъж в живота“, нещо което се отчита в само още две европейски страни – Словакия и Малта. При настоящата употреба (през последните 30 дни) на канабис разпространението ѝ при момчетата е по-високо (8,0%), отколкото при момчетата (6,2%). Високорисковата употреба на канабис, изследвана през 2019 г. за първи път във всички участващи страни в проучването, разкрива, че средно 4% от анкетираните са попаднали в тази категория и са потенциално изложени на риск от развитие на проблеми, свързани с канабиса. Разбирането и наблюдението на това явление е важно за формулирането на политики за превенция.

Оценката на ситуацията, свързана с употребата на наркотични вещества на територията на град София, направена на база провежданите анкети и проучвания сред младите хора, както и намаляването на възрастта на първата употреба поражда потребността от създаването на по-актуална и структурирана към проблема програма за индикативна превенция.

**7. Концепция За развитие капацитета на дейностите по превенция на употребата на наркотични вещества с фокусна група деца и младежи на възраст 12-18 години (програма за индикативна превенция тип „Дневен център“)**

Анализът на данните показва, че намаляването на търсенето на наркотични вещества представлява сериозно предизвикателство.

<sup>7</sup> Източник на данни: Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD)

Най-голям брой дейности се осъществяват в областта на универсалната превенция, като интервенциите са насочени предимно към деца и младежи. Дейностите, свързани със селективната и индикативната превенция не са развити, поради недостатъчна ангажираност към проблема на държавните институции, липсата на устойчиво финансиране, човешки ресурс, стандарти и добри практики в областта.

Представените резултати от проучвания, проведени на национално и европейско ниво, както и опитът от работата в Превантивно-информационния център поставят въпроса за необходимостта от създаването на програмата за тийнейджъри, експериментиращи и/или употребяващи психоактивни вещества, както и за техните родители и/или близки.

Необходимо е програмата да отговори на нуждите и да предостави качествено индивидуално, семейно консултиране и групови тематични тренинг-семинари за информиране по въпросите на употребата, злоупотребата, зависимостта и съзависимостта.

Концепцията за развитие и разширяване на дейностите по индикативна превенция, се фокусира върху създаването на програма тип „Дневен център“ към Превантивно-информационен център – София за деца и юноши на възраст 12-18 години експериментиращи и/или употребяващи психоактивни вещества и предотвратяване на всички вреди и последствия, свързани с това.

Програмата включва целодневни занимания с деца и юноши (резидентен тип), като се предвижда възможност за провеждане на изнесена форма на обучение по индивидуални планове на ученици застрашени от отпадане от училище. Обучението ще се извършва на територията на Дневния център с разрешение и под мониторинга на Министерство на образованието и науката. В съчетание с дейности предлагани от центъра, като алтернативи за свободното време, ще се осигури среда и цялостна ангажираност на потребителите на услугата за преустановяване на употребата на психоактивни вещества.

В практиката на индивидуалната и груповата работа на Превантивно-информационен център – София се наблюдава спад във възрастовата граница на активно употребяващи наркотични вещества деца и юноши, като най-ниската възраст е 12 години.

Цитираните изследвания показват, че въпреки тенденцията за намаляване процента на употребяващи ученици (от 30 % през 2015 г. на 19% през 2020 г.), проблемът с експеримент или злоупотреба с психоактивни вещества остава значим и налага приоритетно осигуряване на специализирано консултиране в сферата на индикативната превенция. *(Национална стратегия 2020/2024 г. цели и задачи: стратегическа цел №1 – намаляване на търсенето, стратегическа цел №2 – подобряване на взаимодействието, координацията между институциите и международното сътрудничество, задача 1.2. – разработване и прилагане на ефективни програми за селективна и индикативна превенция).*

Употребата на психоактивни вещества, понякога дори само експериментирането, често води до здравословни проблеми, психически разстройства, а не рядко и до коморбидни състояния, което налага необходимостта от сътрудничество със специалисти от сферата на медицината. Значимостта на проблема с употребата на психоактивни вещества сред подрастващите, налага сътрудничество и с всички заинтересовани страни, ангажирани с проблеми, свързани с употребата на психоактивни вещества. *(Национална стратегия за борба с наркотиците 2020/2024 г. – основен принцип: участие на заинтересованите страни, междуинституционално взаимодействие и междусекторно сътрудничество – постигане на по-висока степен на съгласуваност между координацията на информационните ресурси, комуникационната стратегия за реализиране на целите на стратегията).*

За разлика от работата с възрастните, които употребяват психоактивни вещества, при юношите е изключително важно проблемите да се разглеждат цялостно, като се избягва концентрирането единствено около употребата или злоупотребата с вещества. Добрите практики в индикативната превенция показват, че подкрепата в процеса на израстване на младите хора, търсенето и намирането на идентичност, място и смисъл, насочването към алтернативи и смяна на фокуса, чрез креативни дейности, преодоляване на трудности, постигане на връзка с природата, спомагат за по-добрите резултати.

За злоупотребата и зависимостта от наркотични вещества допринасят много фактори, които са взаимосвързани и които могат да бъдат рискови и защитни. Така например част от рисковите фактори са: хаотична семейна среда (липса на ясни, последователни и конкретни правила), употреба и/или злоупотреба с вещества от страна на родителите, липса на пълноценни емоционални връзки в семейството и др., а някои от защитните – лични убеждения, самооценка, самоконтрол, познание, умения за общуване, умение да владееш силните чувства и др.

Опитът показва, че родителите, в стремежа си да овладеят ситуацията и да помогнат на детето си, несъзнавано подкрепят неговата употреба/злоупотреба, с което проявяват признаци на съзависимост. Поради това е добре да бъдат информирани по темата за съзависимостта, зависимостта и теми, свързани с повишаване на родителската компетентност.

Добрите практики в специализирани програми за работа с подрастващи, включват някои конкретни елементи, с които отговарят на гореспоменатите нужди и това са: обширна оценка, която да покрива въпроси за семейството, училището, здравето, психологически и социален статус, употребата на алкохол, наркотици и др.; активно включване и ангажираност на семейството, близките, училището, както и други служби, институции и заинтересовани страни; включване на адекватни стимули на израстването, развитието, търсенето на себе си, на своето място и смисъл, които са характерни нужди в тази

възраст; създаване на атмосфера на доверителност между юношата и терапевта; подходяща квалификация на персонала; съобразяване с половите и културни различия и индивидуален подход; предвиждане на дейности, свързани с превенция на рецидив; точна и ясна оценка за измерване на ефективността на програмите и подобряване на услугите, според нуждите и ресурсите на целевата група.

Програмата за индикативна превенция включва цялостен подход към проблема и дава възможност за компенсиране на дефицити, които са във връзка с употребата на психоактивни вещества и риска от развиване на зависимост.

### Цели на програмата:

- Осигуряване на помощ и подкрепа за деца и юноши, експериментирани и/или употребяващи психоактивни вещества, в риск от развиване на зависимост и техните родители и близки;
- Създаване на условия за устойчивост на образователния процес при ученици в риск от отпадане от училище;
- Постигане на промяна на нагласите по отношение на собственото здраве и утвърждаване на здравословен начин на живот;
- Подпомагане процеса на израстване, формиране на идентичност и намиране на смисъл;
- Трениране на личностови и социални умения;
- Професионално ориентиране;
- Насочване към алтернативи;

Дейностите по програмата включват:

- Работа с деца и младежи:
  - Индивидуално консултиране за подкрепа развиването на емоционалната интелигентност, мотивацията за промяна, търсенето и намиране на себе си, на своето място и смисъл;
  - Обучение по индивидуален план на ученици в риск от отпадане от образователната система;
  - Алтернативи за свободното време:
    - Креативни дейности;
    - Организиране и посещение на интересни и подходящи за възрастта спортни, културни и други дейности;
    - Арт терапия;
    - Приключенска терапия /адвенчър терапия/, създаваща и подкрепяща връзката на





участниците с природата и преодоляване на трудности /походи, къмпингуване, оцеляване в природата, катерене/.

- Работа с родители:

- Индивидуално и семейно консултиране;
- Групова работа за подкрепа и трениране на умения за ефективно родителство;
- Тематични информационно-дискуссионни срещи по теми, свързани с употребата на психоактивни вещества, зависимост и съзависимост;



- Работа с училищни специалисти и педагози:

- Регулярни срещи за обсъждане и проследяване на случаи, насочени към програмата;
- Тематични информационно-дискуссионни срещи, провеждани в училище, по въпроси, свързани с употребата на психоактивни вещества;
- Обучение на педагози с цел насочване на деца към центъра при установяване на употреба, рисково поведение или засрашени от отпадане от училище;
- Възможност за насочване на педагози със съдействието на Министерство на образованието и науката за провеждане на индивидуални форми на обучение в центъра на деца на риск от отпадане от училище;



- Работа с медицински специалисти:

- Информирание по теми, свързани с употребата на психоактивни вещества, зависимост и съзависимост, както и с целите на програмата с цел идентифициране и насочване на деца към центъра;

Чрез методите на когнитивно-поведенческата терапия и прилагането на психодраматични техники, провеждането на дискусии, ролеви игри, предоставянето на информация под формата на презентации, текстове и филми се цели усъвършенстване на социалните умения, откриване и развитие на личностните ресурси, подобряване на взаимоотношенията в семейството, постигане на мотивация за здравословен начин на живот, насочване към алтернативи.

В работата с родители се цели повишаване на информираността за проблемите на зависимостта и съзависимостта, развиване на родителския капацитет и насърчаване на ценните връзки между родители и деца.

Изпълнението на програмата за индикативна превенция трябва да отговаря на европейските стандарти за качество на превенцията, следва да се прави периодична оценка на ефективността на всеки етап от нейното изпълнение и да се осигури периодична супервизия и мониторинг.

За успешното реализиране на програмата за индикативна превенция на деца и юноши на възраст 12-18 години е необходимо активното включване на всички заинтересовани страни. В програмата е заложено сътрудничество с Министерство на здравеопазването, Национален център по обществено здраве и анализи, Национален фокусен център, Министерство на образованието и науката, регионални управления на образованието, училищни ръководства и училищни специалисти (педагози, психолози, педагогически съветници), виши учебни заведения, Министерство на вътрешните работи, Детска педагогическа стая към РУ на МВР, Държавна агенция за закрила на детето, училища, Национална телефонна линия за деца, на която ежедневно постъпват обаждания от малолетни и непълнолетни лица, Местни комисии за борба с противобществените прояви на малолетни и непълнолетни, общини, лечебни заведения (психиатрични клиники), лични лекари, неправителствени организации.

За успешното реализиране на програмата е необходимо осигуряването на добра и достатъчна материално-техническа база, включваща сграден фонд и оборудване.

Наличието на подготвени екипи от специалисти – психиатри, психолози, социални работници, осигуряването на материална база и финансов ресурс гарантира достъпа до специализирана помощ при проблеми, свързани с употребата и злоупотребата с психоактивни вещества, зависимост и съзависимост на децата, младежите, техните родители и близки.

Юношеството е важен период на преход в израстването на човек. Това е време на физическо и психологическо развитие, в който настъпват промени в когнитивното и емоционално развитие. Тази възраст е критичния рисков период, в който младият човек е най-уязвим. Рисковите фактори на средата, лесният достъп до наркотици и неразбирането за вредата от тях, оказват влияние върху устойчивостта на тийнейджърите и крият опасност от започване на употреба на наркотични вещества. Следствията от това са социална изолация, отпадане от училище, отключване на психични заболявания и престъпна дейност.

В допълнение, ковид пандемията наложи дистанция, усили чувството за самота и изолация, и увеличи нуждата от преоткриване на свързаността с другите, като фактор, влияещ на употребата на психоактивни вещества.

Навременната реакция и започване на терапевтична работа с тези деца и юноши, отклоняването им от наркотиците, като средство да избягат от реалността или просто да се забавляват, чрез насочване към алтернативи за свободното време и здравословен живот е ключово за успешната превенция.

## 8. Заключение

В ежегоден доклад Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите предоставя информация на база данни от фокусните центрове на страните членки по отношение на търсенето и намаляване на търсенето на наркотици, националните стратегии, стратегиите на Европейския съюз и политическите решения, международното сътрудничество и геополитика в областта на снабдяването с наркотици, контрол на търговията с наркотични вещества, психотропни субстанции и прекурсори, изводи относно наркотиците по отношение на производството, потреблението и транзитните страни.

В областта на намаляване на търсенето, където се включва превенцията, България присъства като пример за едни от най-добрите практики и модели за предотвратяване употребата на наркотични вещества.

За да се запази тази тенденция е необходимо да бъде развиван капацитетът на дейностите и програмите. Те трябва да бъдат адаптирани и съобразени с бързо променящата се ситуация в сферата на употребата на наркотични вещества и зависимостите, както и с променящите се потребности на младите хора от утвърждаване и подобряване качеството им на живот.

Необходима е устойчива политика, финансиране, поддържане и увеличаване на експертния капацитет за осъществяване на ефективна превенция в България, базирана на доказателства и отговаряща на стандартите за качество, за да постига своите цели – здравословно израстване на младите хора без употреба на наркотични вещества.

Всяка година на 26 юни отбелязваме Международния ден за борба с наркотиците и наркотрафика. Той е определен за такъв с резолюция на Общото събрание на Организацията на обединените нации на 7 декември 1987 г. Идеята на тази инициатива е всички хора по света да изразят своята активна позиция и съпричастност с усилията за ограничаване разпространението на наркотиците.

Солидарността между хората стана по-значима от всякога по време на ковид пандемията, както и необходимостта от здравни грижи за всички. Популяризирането на научни факти и противодействие на „пандемията от дезинформация“ стана основен инструмент, за да победим вирусите на нашето време.

През 2021 година мотото на кампанията, определено от Комисията по наркотични вещества към ООН, беше:

***„Споделяйте факти за наркотиците. Спасявайте животи.“***

## Библиография

1. Национален фокусен център за наркотици и наркомании, Национален център за обществено здраве и анализ, Годишен доклад по проблемите, свързани с наркотиците и наркоманиите в България, 2020 г.
2. Национален фокусен център за наркотици и наркомании, 2021 г., Информационен бюлетин за нови психоактивни вещества
3. Превантивно-информационен център – София, Бюлетини, 2021 г., „Програма за индикативна превенция за студенти и младежи, експериментирани или употребяващи психоактивни вещества“
4. Резултати на агенция „Митници“ за 2021 г.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, European Drug Report, Trends and Developments 2021
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, European drug prevention quality standards (EDPQS), 2011
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, Health and social responses to drug problems: a European guide 2021
8. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Report 2019, Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
9. КЕТНЕА – Therapy center for dependant individuals
10. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Drug Report 2021
11. Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите
12. Национална стратегия за борба с наркотиците 2020-2024 г.
13. Превантивно-информационен център – София, <http://sofiama.org/>
14. Национален фокусен център за наркотици и наркомании, <https://www.nfp-drugs.bg>
15. Национален център по обществено здраве и анализи, <https://ncpha.government.bg/>
16. Национална телефонна линия за децата, <https://www.116111.bg/>
17. Държавна агенция за закрила на детето, <https://sacp.government.bg/>
18. Служба на ООН по наркотиците и престъпността, <https://www.unodc.org/>
19. Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите, <https://www.emcdda.europa.eu/>
20. [https://anketi.info/images/folder/news\\_7.pdf](https://anketi.info/images/folder/news_7.pdf)
21. <https://www.kethea.gr/>
22. <https://www.drugsinfo-bg.org/en/>
23. <https://ncpha.government.bg/post/2020-05-28--srednata-vuzrast-na-purva-upotreba-na-droga-e-13-g-393.html>
24. <https://dnes.dir.bg/obshtestvo/vse-po-malki-detsa-posyagat-kam-narkotitsite>
25. <https://bnr.bg/horizont/post/101483745/zapazva-se-upotrebata-na-kanabis-v-evropeiskia-sauz-i-v-balgaria>

**PREVENTION OF DRUG USE. CONCEPT FOR CAPACITY  
DEVELOPMENT OF PREVENTION ACTIVITIES WITH A  
FOCUS GROUP OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE 12-18  
YEARS**

---

**Ralitsa Dragoeva**

**Resume:** Prevention is a vital part of protecting public health and reducing the harms associated with drug use. Prevention of adverse health effects is preferable to treatment afterwards. For prevention to be effective, it needs to be based on an analysis of up-to-date data containing information on levels of use, types of psychoactive substances, including rapidly emerging new drugs, age groups of users, and the concomitant social, economic, and, in the last two years, health factors that have emerged in the wake of the COVID-19 pandemic.

This project will address all aspects of substance use prevention, types of prevention, and effective approaches and quality standards in the design and implementation of prevention programmes.

**Keywords:** drugs, psychoactive substances, prevention programmes

# СЪСТОЯНИЕ НА РЕГИСТРАЦИЯТА НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ КЪМ МАРТ 2022 Г.

Момчил Шопов<sup>1</sup>

*Научен ръководител: доц. д-р Деница Горчилова  
Научен консултант: проф. Здравка Валерианова, д.м.  
Рецензент: ас. д-р Златина Шотарова*

**Резюме:** Въпреки че през нашето съвремие е постигнат изключително голям и стабилен напредък в терапията на онкологичните заболявания и този процес продължава, в немалко случаи прогнозите за бъдещето на много пациенти далеч не са оптимистични. Заболяемостта и смъртността от злокачествени онкологични заболявания нарастват в световен мащаб. За да бъде подпомогната дейността на специалистите, а също и да се осъществява контрол върху рака, е необходимо да се проследяват статистическите показатели заболяемост и смъртност, свързани с промените в здравния статус, резултат от онкологичните заболявания.

В настоящата магистърска теза ще бъде проследено съществуването на българския раков регистър, като основна цел е да се посочат бариерите пред неговото ефективно съществуване.

**Ключови думи:** злокачествени заболявания, раков регистър

## ВЪВЕДЕНИЕ

От векове злокачествените заболявания у човека са неразривна част от социума и като такива поставят редица сериозни и все още нерешени проблеми и предизвикателства пред обществото, медицината, фармацевтията и отделния индивид. Борбата срещу рака е изключително трудна задача, тъй като самата дума е генеричен термин на образувания с малигнен характер при над сто локализации в различни тъкани и органи на човешкия организъм. Постигнатият значителен напредък и иновациите в терапията на тези заболявания доведоха до излекуване на почти  $\frac{1}{3}$  от заболелите или до ремисия при редица локализации на рака. Именно тези постижения поставят още по-големи очаквания и

---

<sup>1</sup> Момчил Шопов (momchil.shopov@yahoo.com) получава средно образование в НГДЕК „Св. Константин-Кирил Философ“. След това завършва специалностите „Тюркология и алтаистика“ в СУ „Св. Климент Охридски“ (бакалавърска степен) и „Публична администрация със специализация „Здравен мениджмънт“ в УНСС (магистърска степен). От 2017 г. до момента се занимава с филмов превод, а през 2019 г. участва в създаването на специализираното медицинско издание за онкология и хематология Medic+, като и досега е част от неговия екип.

резултати от провеждащите се понастоящем клинични изпитвания. Всичко това ме навежда на наглед простичката мисъл на Клавдий Гален: *Populis remedia curit*, т. е. *Народът жадува (за) лекарства* и зарядът на тези думи е именно в глагола *жадува*. С него са свързани очакванията и надеждите за постигане на още по-значими успехи в борбата със злокачествените заболявания и свързаните с тях хронични незаразни болести.

Ракът е тясно свързан с останалите хронични незаразни болести и се разглежда в контекста на тяхното разпространение, превенция, лечение и контрол. Глобалното засягане и заплахата от хронични незаразни болести (ХНБ) са най-значимият обществен-оздравен и социално-икономически проблем на нашия век. ХНБ са причина за 41 млн. смъртни случая всяка година, което представлява 71% в структурата на всички умираания в световен мащаб. 15 млн. от починалите (36,6%) са в активната възрастова група 30-69 години. Над 86% от тези преждевременни смъртни случаи засягат населението в страните с ниски и средни доходи. Според прогнозите на Световната здравна организация (СЗО), броят на смъртните случаи от ХНБ ще нарастне на 55 млн. до 2030 г.<sup>2</sup>

За 2019 г. злокачествените заболявания са първата или втората основна причина за смърт преди 70-годишна възраст в сто и дванадесет от сто осемдесет и три държави и е на трето или четвърто място в още 23 държави. Въпреки че през нашето съвремие е постигнат изключително голям и стабилен напредък в терапията на онкологичните заболявания и този процес продължава, в немалко случаи прогнозите за бъдещето на много пациенти далеч не са оптимистични. Заболяемостта и смъртността от злокачествени онкологични заболявания нарастват в световен мащаб. Това се дължи не само на все по-големите изисквания пред диагностиката и лечението за онкологично болните, а също така и на липсата на скринингови програми на държавно ниво. Ниската здравна култура, недостатъчната информираност на населението, страхът от заболяването и липсата на своевременно достъп до специалист по онкология много често водят до късно диагностициране на заболяването и по-ограничени терапевтични възможности. Трябва да се отбележи, че съществена роля имат и застаряването на населението в света и увеличаването на неговия брой, а също и промените в преобладаването и разпространението на основните рискови фактори за малигнено новообразуване, свързани със социално-икономическото развитие<sup>3</sup>. Този вид промени в живота на индивида често са съпроводени от голям психологически стрес. Така например, пациентите трябва да

<sup>2</sup> **World Health Organization.** Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: WHO, 2013.

<sup>3</sup> **Валерианова, З.** Епидемиология на злокачествените новообразувания. – В: Обща и клинична онкология. Под редакцията на Панайот Куртев. Том I. София: Фердикс консултантска компания ЕООД, 2021, с. 41-60.

се справят с факта, че тяхното всекидневие временно или постоянно ще бъде променено и че е възможно да се справят с предизвикателства от професионален или личностен характер, както и често ограничен здравен статус. Към това се прибавят различни обстоятелства от социален или духовен характер.

За да бъде подпомогната дейността на специалистите, а също и де се осъществява контрол върху рака, е необходимо да се проследяват статистическите показатели заболяемост и смъртност, свързани с промените в здравния статус, резултат от онкологичните заболявания. Това е една от основните причини довели до създаването на популационни или регионални регистри на злокачествените заболявания в света. През 1952 г. се изгражда и Националният раков регистър в България, чиято основна цел е събиране, обработка, съхраняване, анализ и интерпретация на данните за лицата със злокачествени заболявания. Дейността на този регистър дълго време се е развивала изключително успешно и той е сочен за пример на останалите страни в Балканския регион.

Не такова е състоянието му към 2021 г., когато от моя страна бе взето решение да се заема с темата за статута и дейността на Националния раков регистър на Република България (НРР на РБ). Нашата държава разполага с раков регистър, който би могъл да действа ефективно, тъй като в него работят квалифицирани специалисти и може да се възползва от дългогодишния положителен опит, върху който да стъпи, ако не бяха сериозните препятствия от юридически, административен и финансов характер. Ситуация, която далеч не е прецедент у нас и засяга най-различни области на обществения, социален и културен живот в България. Нерешеният правен регламент от страна на Министерството на здравеопазването (МЗ), станали факт в периода от 2013 г. досега, които засягат събирането и обработката на постъпващите данни за злокачествените заболявания в България, както и финансирането, водят до рязко намаление на броя на новооткритите случаи. Ето защо регистърът се оказва в невъзможност да изпълнява оптимално своите функции и да предоставя пълна и точна информация за разпространението на злокачествените заболявания в страната.

В настоящата магистърска теза ще бъде проследено съществуването на българския раков регистър, като **основна цел е да се посочат бариерите пред неговото ефективно съществуване**. Българският НРР съществува от седемдесет години, но към 2022 г. неговата дейност е **насилствено ограничена**. Причините се коренят в административни, а наред и с това финансови, препятствия, които държавните власти не полагат усилия да премахнат. Мнозинството развити общества са осъзнали, че борбата със злокачествените заболявания **не биха могли да се случат при отсъствието на база данни, т. е. раков регистър**, който да дава прецизна представа за заболяемостта и смъртността, предизвикани от тях.



Бих искал да изкажа своята голяма благодарност на научния си консултант проф. д-р Здравка Валерианова, дм – един неуморен радетел за съществуването и ефективната дейност на НРР на РБ и един от малцината му дълбоки познавачи. Проф. Валерианова ме въвеждаше и обсъждаше тази обширна тема, още преди да имам представа, че един ден ще се заема с обсъждането ѝ в рамките на магистърската програма по „Публична администрация“ със специализация „Здравен мениджмънт“ в Университета за национално и световно стопанство (УНСС).

## ГЛАВА I. МОДЕЛЪТ „РАКОВ РЕГИСТЪР“

*В първата глава на настоящата магистърска теза предстои представяне на различните модели на раков регистър, които са внедрени в рамките на болнично заведение, медико-диагностична лаборатория (МДЛ) или цяла държава. По-подробно се разглежда популационният раков регистър, тъй като той е мащабното звено, което събира данни за злокачествените заболявания в една страна и с негова помощ се изработват планове за борба с рака. Описани са нужните данни от демографски и медицински характер, които са необходими за вписването на всеки един отделен случай на злокачествено заболяване.*

*Отправен е кратък поглед към историята на раковите регистри, проследен е пътят им в Западна и Централна Европа, САЩ, Царска и Съветска Русия, а също и четири държави от бившия СССР – Русия, Украйна, Беларус и Молдова.*

### 1. Какво представлява раковият регистър: принципи на дейност

Целта на един раков регистър е съхранението, анализирането и интерпретирането на данните за случаите на злокачествени заболявания в рамките на една държава или територия. Епидемиологичните изследвания въз основа на информацията от раковите регистри са много важен елемент от планирането и мониторинга на стратегията за борба с онкологичните заболявания, а също и един от основните приоритети на всяка система на здравеопазване. В днешно време ракови регистри са създадени и действат в повечето региони на света. Проследяването на заболелите и починалите от рак започва преди повече от триста години, като първите опити се различават, по същество, от сегашната цел и задачи. Така например, през 1728 г. в британската столица Лондон е създадено първото подобие на раков регистър, като до началото на XX век адекватната информация за заболяванията и умираанията са оскъдни и с непълен характер. По-обширното проследяване на историята и (не)успехите на различните ракови регистри в някои части на света ще бъде направено в т. 2 и 3 на настоящата глава.

През 1991 г. учените Дженсън и Уилън дават следното определение за понятието *регистрация на рака*: „процес на непрекъснато, систематично събиране на данни за появата и характеристиките на съобщаваните злокачествени новообразувания, с цел подпомагане на оценката и контрола на засягане на дадено население с тези заболявания“<sup>4</sup>.

Видовете ракови регистри са три: *болничен раков регистър*, *раков регистър на резултатите от патоморфологични изследвания* и *популяционен раков регистър*.

**1.1. Болничният раков регистър** събира информация за всички болни при отделните локализации на рака, които се диагностицират и лекуват в едно или няколко лечебни заведения. Ползва се за административни цели и за оценка на ефективността на медицинската дейност. Не е подходящ за оценка и анализ при разработка на планове за борба със злокачествените онкологични заболявания, тъй като съдържа непълна и непредставителна извадка от населението. Събирането на данните е въз основа на медицинската документация на пациентите, които се лекуват в конкретно онкологично отделение/клиника. Структурата и типът на регистрираните онкологични заболявания зависи от особеностите на разпространение при преминаващите през лечебното заведение пациенти, което до голяма степен зависи от профила и компетентността на здравните специалисти на първичната медицинска помощ, откъдето тези пациенти идват.

**1.2. Раковият регистър на резултатите от патоморфологични изследвания** събира информация от една или няколко лаборатории за хистологично потвърдените злокачествени новообразувания. Служи за предоставяне на данни за различията и необходимостта от лабораторни изследвания и позволява, в кратки срокове, да се получи представа за вида и спецификата на онкологичното заболяване. Не е подходящ за разработка на планове за борба с рака, поради същите причини както болничните регистри. Резултатите от една такава лаборатория са въз основа на резултатите от лабораторния мониторинг. Структурата на онкологичните заболявания се определя само от потвърдените случаи на рак, за които е проведено патоморфологичното изследване на туморния материал.

**1.3. Популяционният раков регистър** събира данни за всички нови случаи на рак сред населението на дадена държава или регион. Целта е да се предоставя информация за разпространението на злокачествените новообразувания и да се осъществи контрол върху тях. Данните се използват за нуждите на епидемиологията и общественото здравеопазване. В зависимост от условията, този вид регистри събират данни от онкологичните звена (онкологични цен-

<sup>4</sup> **Jensen, O. M., Whelan, S.** Planning a cancer registry. – In: Cancer registration: principles and method. IARC Scientific Publications No 66. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1991, pp. 22-28.

трове, диспансери, общопрактикуващи лекари (ОПЛ), служби за гражданско състояние, здравноосигурителните компании и др.), като се осигури максимално покритие на всички достъпни източници. Събраната информация осигурява необходимата пълнота и качество. При нейната обработка се спазват определени европейски и международни стандарти и правила, за да се постигне сравнимост и съпоставимост на получените данни. Използват се национални и международни класификатори при кодиране на получената информация – Международна класификация на болестите (МКБ), Морфологична класификация на туморите (МКТ), TNM система и др. Данните се обработват от обучени за целта кадри и се анализират от подготвени специалисти<sup>5</sup>. Този вид ракови регистри са от полза при съставяне на национални и регионални планове за борба с рака; проследява се систематично тенденцията на новите случаи и съответните показатели на рака. Точната и обективна информация служи за оценка на структурата и динамиката на онкологичните заболявания в изследваната популация. Този вид ракови регистри заемат уникално място при оценка на онкологичните заболявания и при планирането на съответните кадри, болнични легла, лечебни заведения за диагностика и терапия, необходима апаратура и др. Това е същността на националните ракови регистри, вкл. и този, който е създаден на територията на България.

При събирането и регистрирането на съответния случай на доказано онкологично заболяване със злокачествен характер, са необходими демографски данни, както следва<sup>6</sup>:

1. **пол:** полът е основен идентифициращ елемент, който е включен, като задължителен елемент във всяка регистрация на рака. В някои общества той може да бъде определен въз основа на личното име или наличната епикриза със съответното заболяване. Лицата, които са сменили своя пол чрез хирургическа намеса и/или медикаменти се кодират отделно. Най-често използваните кодове за пола са: (1) мъж; (2) жена; (3) друг; (4) неизвестен;

2. **дата на раждане:** датата на раждане има основна задача при идентифицирането на отделния индивид. Важна е и заради възрастта, на която е пациентът, когато е открито неговото заболяване, за да се изчисли показателя за преживяемост;

3. **адрес:** тази характеристика също има своето значение за регистрацията на онкологично болните. Той служи за определяне на постоянното местоживее на пациента и изчисляване на показателите за заболяемост, болестност и

<sup>5</sup> Данон, Ш., Валерианова, З. Онкоепидемиология. – В: Онкология 2001. Под редакцията на Иван Черноземски и Тодор Шипков. София: Сиела, 2000, с. 30.

<sup>6</sup> MacLennan, R. Items of patient information which may be collected by registries. – In: Cancer registration: principles and methods. IARC Scientific Publications No 95. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1991, p. 43-63.

смъртност от злокачествени заболявания (общо или за отделни локализации) в дадено населено място и/или регион;

4. **месторождение:** мястото на раждане на пациента дава информация за разпространението и оценката на някои рискови (генетични или унаследени) фактори;

5. **семеино положение:** въпреки че е част от идентичността на всеки пациент и че семейното положение може да се измени в хода на заболяването, то насочва към определени локализации, свързани най-вече с промискуитета;

6. **възраст към момента на заболяване:** възрастта има голямо значение за определяне на заболяемостта и смъртността по възрастови групи. Тя служи за установяване на най-честата възраст на дадено заболяване, с цел идентифициране на таргетните групи за икономически ефективни профилактични/скринингови действия. В развиващите се страни, приблизителната възраст може да бъде установена по различни начини. Така например, ако пациентът е сключил брак по време на някакви важни за страната събития (война, епидемия, природно бедствие, държавен преврат и пр.), възрастта му се определя по този признак. В Китай, където паралелно се използва познатият вече и в западното общество китайски календар, някои индивиди дават сведения, че са родени в годината на тигъра, мишката, заека и т. н.;

7. **националност:** в много от случаите националността е равностойна на гражданството, което от своя страна е неточно, тъй като в по-голямата си част страните в света не са моноетнични (напр. пациентът е от азербайджански произход, но е гражданин на РФ). Най-често се събира информация за етническата принадлежност или раса;

8. **вероизповедание:** религиозната група, към която принадлежи съответният индивид, има значение в определени случаи – ако пациентът принадлежи към затворена общност, която ограничава медицинска намеса, поради недоверие или начин на живот на религиозна основа. Така например, има данни, че у последователите на Църквата на Исус Христос на светиите от последните дни (познати като мормони) и Църквата на адвентистите от седмия ден (познати като съботяни), живеещи в САЩ, съществува по-висок риск от развитие на злокачествено заболяване, свързано с начин на хранене и други влияния от начина на живот. Изследванията са започват през 70-те години на ХХ век сред общността на американските мормони<sup>7</sup>. Известно е, че адвентистите не приемат употребата на месо и мас, тютюнопушенето и употребата на алкохолни напитки<sup>8</sup>. При изследване, проведено сред четири религиозни секти в САЩ в края на 80-те години на ХХ век, сред които адвентисти и мормони, показва много ниски нива на рак на белите дробове, фаринкса, гърлото, гълтача, хра-

<sup>7</sup> **Enstrom, J.** Cancer mortality among Mormons. – In: Cancer, Volume 36, September 1975, p. 825-841.

<sup>8</sup> **Славкова, М.** Циганите евангелисти в България. София: Парадигма, 2007, с. 345.

нопровода, но пък се наблюдават завишени нива на рак на гърдата, яйчниците, стомаха, дебелилото и правото черво, пикочния мехур и остра миелоидна левкемия<sup>9</sup>;

9. *месторабота*: този елемент от данните дава сведение дали пациента е работил в опасна за здравето среда, в която е бил изложен на вредни за организма му експозиции или частици. В такива условия работят водачите на камиони, миньорите, работниците в заводи, произвеждащи или работещи с химически вещества, служителите на атомни електрически централи (АЕЦ) и др.;

10. *година на емигриране*: този вид сведения имат своята важност, тъй като в някои региони на света заболяемостта от рак (общо или при определени локализации) е по-голяма и тогава индивидът носи характеристиките и влиянието на факторите от мястото, от което идва, а не в което пребивава по икономически или политически причини;

11. *държава на раждане на майката и/или бащата*: с помощта на тази информация може да се установи дали в съответния регион традиционно се намира по-голяма заболяемост от рак (общо или в определени локализации).

При регистрирането на конкретното злокачествено заболяване се вписват данни за самия тумор и неговото поведение, които имат **медицински характер**<sup>10</sup>:

1. *дата на заболяване*;
2. *начин на доказване*;
3. *потвърждаване на диагнозата*;
4. *използван метод при първото откриване*;
5. *топография/локализация на първичното огнище*;
6. *морфология/хистология*;
7. *вид на тумора*;
8. *описание на тумора преди лечение*;
9. *хирургична интервенция с морфологични данни за вида на тумора преди лечение*;
10. *стадиране по TNM системата*;
11. *локализация на далечните метастази*;
12. *първична множественост*;
13. *латералност (страничност)*;
14. *първоначално приложена терапия*;
15. *дата на последен контакт*;
16. *обективно състояние при последен контакт*;

<sup>9</sup> Troyer, H. Review of cancer among 4 religious sects: evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors. – In: Social Science & Medicine, Volume 26, Issue 10, 1988, p. 1007-1017.

<sup>10</sup> MacLennan, R. Цит. съч., p. 43-63.

17. *дата на смърт;*
18. *причина за смърт;*
19. *място на смърт.*

Отбелязват се и сведения за източника, от който е информацията<sup>11</sup>:

1. *вид на източника (епикриза, смъртен акт, лекар, лечебно заведение);*
2. *име на източника (лаборатория, лечебно заведение, лекар);*
3. *дата.*

Част от анализа на данните, събрани в съответния раков регистър, е свързан с дескриптивната (описателна) епидемиология, чрез която се разкриват различията в появата на ракови образувания на отделните индивиди през определени периоди от време в зависимост от мястото на изследването. Характеристиките възраст, пол, социално-икономически статус, семейно положение, раса и пр. намират своето приложение при анализа на особеностите в засягането на определена популация. Епидемиологичните данни подкрепят твърдението, че канцерогенезата е дълъг и многостадийен процес, върху който влияние оказват различни фактори. Някои от тях са инициатори, други – промотори, а трети имат своята намеса и в ранните, и в късните етапи на канцерогенезата<sup>12</sup>.

## **2. Ракови регистри в Западна и Централна Европа и САЩ**

Както вече бе упоменато, първият опит за създаване на база данни за злокачествените заболявания е в Лондон през 1728 г. През 1899 г. в германския град Хамбург е предложено да се започне масово съобщаване на случаите с рак в рамките на града. През следващата година е направен опит да се регистрират всички пациенти, диагностицирани със злокачествено заболяване, които са провеждали лечение на територията на Германия. Използваният метод е интервю, чрез изпращане на въпросници до лекарите и опитът е повторен отново между 1902 и 1908 г. в Нидерландия, Испания, Португалия, Унгария, Швеция, Дания и Исландия. Някои от тези опити са били неуспешни, тъй като участието на лекарите в тях е било недостатъчно. През 1930 г. е предложено да се въведе задължителна регистрация на всички онкологични случаи в рамките на САЩ, но то не е осъществено. През 1937 г., с цел установяването на заболяемостта от рак в град Мекленбург, Германия започва продължително поименно събиране на информация за пациентите с рак. Така се установява индивидуалния подход на регистрация, приложен при всеки един пациент. Всички ОПЛ, болнични заведения и лаборатории по патология получават и попълват регистрационни форми за пациентите със злокачествени заболявания и на всеки две седмици ги изпращат в статистическото бюро в град Росток (Рощок), където се извършва тяхната обработка. Сведенията, които са били недостатъчни или

<sup>11</sup> Пак там, р. 43-63.

<sup>12</sup> Данон, Ш., Валерианова, З. Цит. съч., с. 31, 33.

непълни, са били получавани посредством телефонно обаждане. Системата се оказва относително успешна и дава възможност за изчисляване на показателя за покритие, който през периода 1937-1938 г. е около 200 нови пациенти с рак на 100 хил. жители<sup>13</sup>. Други градове и области в Европа последват този пример, но по-късно по политически причини се налага неговото изоставяне.

Всъщност истинското начало на регистрацията на злокачествените заболявания в съвременното е поставено в Германия, отново в град Хамбург, където през 1929 г. е създадена организация за обгрижване на пациенти с онкологични заболявания към местния отдел за обществено здраве. Специално назначени и инструктирани медицински сестри посещават през определен период болниците и поликлиниките и събират информация за новооткритите случаи на рак, а след това сведенията се съпоставят с посочената причина за *exitus letalis* в смъртните актове. Най-старият регистър, обхващащ изцяло една държава, е основан в Дания през 1942 г. В приложение 1 е представена информация за наименованието и годината на създаване на ракови регистри в западно- и централноевропейските държави с висок и много индекс на човешкото развитие и в последствие в страни-членки на ЕС или Европейското икономическо пространство (ЕИП).

Раковият регистър в САЩ събира информация, предоставена от щатски (респективно регионални) ракови регистри, като някои от тях са започнали на доброволен принцип (например регистърът в щата Кентъки). През 1935 г. в щата Кънектикът, САЩ е създаден Туморен регистър, който функционира като популационен раков регистър, който се грижи за профилактиката и терапията на рака и да прави планове, редуциращи смъртността от онкологични заболявания. След това, през 40-те години на ХХ век в други щати на САЩ са създадени подобни звена. Две правителствени агенции се занимават със събирането, анализа и съхраняването на данните за новите случаи на злокачествени заболявания в страната. През 1973 г. Националният раков институт създава програмата *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (Програма за наблюдение, епидемиология и крайни резултати, SEER), събираща подробна и висококачествена информация от няколко регионални ракови регистри, а през 1992г. Центърът за контрол на заболяването учредява *National Cancer Registry Programme* (Национална програма за регистрация на рака, NCRP), която подпомага дейността на регистрите в отделните щати.

Следва да се отбележи, че закони или наредби за регулирането на регистрацията на рака са приети в Австрия (2000, 2019), Великобритания (2001), Германия (1985, 2009), Дания (2018), Естония (2001), Исландия (2007), Италия (2001), Литва (2017), Люксембург (2016), Малта (1957, 2015), Нидерландия (1958), Пол-

<sup>13</sup> **Wagner, G.** Cancer registration: Historical aspects. – In: *The Role of the Registry in Cancer Control*. IARC Scientific Publications No 66. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1985, p. 3-12.

ша (2011), Португалия (2018), Словения (1950, 2018), Финландия (1999, 2008), Франция (2004), Швеция (1958).

### 3. Раков регистър на СССР и наследниците му от Източна Европа

Държавната статистика за заболяванията на територията на СССР е започнала дейността си по време на Руската империя в средата на XIX век след въвеждания на 22 юли 1842 г. закон „За целите на привеждане в най-голяма известност на броя на болните из цялата Империя, които търсят лекарска помощ“, въз основа на който лекарите са били задължени да предоставят на областния лекарски отдел сведения за пациентите си<sup>14</sup>. Едно от първите изследвания за статистиката на рака в Русия е трудът на П. И. Тихов „Към науката за туморите“ от 1900 г., в която са представени данни за заболяемостта от рак, получена за 35-годишната му работа в болнични условия въз основа на амбулаторните журнали, в които са записани 2481 случая на рак.

На 18 ноември 1903 г. в Москва е създаден Институтът за лечение на туморите. За строителството на сградата са дарени средства от сем. Морозови – 250 хил. рубли във вид на злато. В знак на благодарност лечебното заведение е наречено институт „Морозови“. През 1914 г. в Санкт Петербург е проведен първият Общоруски конгрес по борба с раковите заболявания. След Октомврийската революция и създаването на СССР, през 1920 г., под ръководството на П. А. Герцен се възобновява работата на Московския институт за лечение на туморите, чиято дейност е спряна в периода на Първата световна война и политическите размирици. През тези години не съществува свързаност между онкологичните учреждения, поради което не се води и регистрация на злокачествените заболявания, не се осъществяват и действия по профилактика и ранна диагностика на тези състояния. През 1922 г. е разработена първата съветска класификация за причините за смърт, която е приета официално две години по-късно. През 1925 г. системата за регулярна регистрация на причините за смърт обхваща основно територията на Руска съветска федеративна социалистическа република (РСФСР), което дава основание за разработване на статистика за злокачествените заболявания по тези земи.

Значително внимание за събирането на данни за онкологичните заболявания в рамките на СССР е отделението през 1945 г., когато е издадено Постановлението на Съвета на народните комисари на СССР редакция № 935 „За мероприятията по подобряване на онкологичната помощ на населението“.

---

<sup>14</sup> Новосельский, С. А. О статистике рака в России. – В: Труды Первого Съезда по борьбе против рака. Москва, 1914, с. 1-13.



В него е предписано „да се организира в периода 1945-1946 г. [...] пълен учет на заболяемостта от рак и други злокачествени заболявания“<sup>15</sup>.

Най-важният фактически етап за развитието на регистрирането на злокачествените заболявания в СССР започва през 1953 г., когато с решение на правителството започва повсеместна и задължителна персонализирана регистрация на онкологично болните въз основа на данните, подадени от териториалните специализирани диспансери. Това става чрез попълването на формуляр, който се изготвя при диагностициране на туберкулоза, венерическа болест, трихофития, микроспория, краста (фавус), трахома, рак или друго злокачествено заболяване<sup>16</sup>.

След разпадането на СССР през 1991 г. петнадесетте съветски социалистически републики обявяват своята независимост и започват да съществуват като отделни държави, макар процесът при голяма част от тях да продължава и до ден-днешен. Причината е, че СССР всъщност е едно „книжно творение“, както го нарича Пол Джонсън, а властта е в ръцете единствено на управниците в Москва, които имат откровено великоруски, макар и по комунистически начин, идеи<sup>17</sup>, поради което фокусът е бил основно върху територията на историческа Русия, а периферията е на доста по-заден план. Проблемите не подминават и сектора на здравеопазването. Заболяемостта и смъртността от злокачествени заболявания на територията на бившия Съветски съюз е висока и преди, и сега, тъй като са налице фактори на влияние като недостатъчно специалисти по онкология, липса на финансиране и достъп до медикаменти. Своето влияние оказват и начинът на живот, характерен в отделни части от бившата комунистическа империя (тютюнопушене и злоупотреба с алкохол). Украйна, Беларус, Русия и Молдова са силно засегнати от аварията в АЕЦ „Чернобил“ през април 1986 г. – катастрофата, която е в невоенен обект, а същевременно има силно информационно затъмнение. Онези, които знаят, не вярват, че би могло има дефект или човешка грешка. Беларуската писателка Светлана Алексиевич, нобелов лауреат за литература през 2015 г., пише: „...ние бяхме хора на своето време и вярвахме, както ни учеха, че съветските атомни централи са най-надеждните в света“<sup>18</sup>. Впоследствие онкологичните заболявания в този регион нарастват значително

<sup>15</sup> Каприн, А. Д., Старинский, В. В., Грецова, О. П., Петрова, Г. В., Самсонов, Ю. В., Шахзадова, А. О., Простов, Ю. И., Простов, М. Ю. Популяционный регистр онкологических больных в Российской Федерации. – В: Public Health Panorama, volume 5, issue 1, March 2019. Copenhagen: World Health Organization, 2019, с. 99-102.

<sup>16</sup> Наумов, И. А., Тищенко, Е. М., Лискович, В. А., Часнойть, Р. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Часть 2. Минск: Литагент Вышэйшая школа, 2013, с. 66.

<sup>17</sup> Джонсън, П. Съвременността. Светът от 20-те до 90-те. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, 1993, с. 623.

<sup>18</sup> Алексиевич, С. Чернобыльская молитва. Москва: Время, 2019, с. 37.

и продължават да стават все повече и в днешно време, включително и при лица до 18-годишна възраст – благодарение и на това трагично събитие.

В рамките на настоящия труд ще бъдат представени кратки сведения за действащите към 2021 г. ракови регистри в някои от страните от бившия СССР, разположени в Източна Европа. Изключват се прибалтийските републики Естония, Литва и Латвия, за които е дадена информация в глава I, т. 2 на магистърската теза, тъй като същите са част от ЕС. Считаю, че същите представляват интерес, тъй като са налице сходства от икономически, социално-обществен и исторически характер между България и именно тези държави от бившия европейски комунистически лагер.

В **Русия** автоматизираното събиране на данни за злокачествените заболявания на територията на страната започва през 1996 г., като основните функции по координацията са възложени на Московския научноизследователски институт по онкология „П. А. Герцен“. Там е разработен пакет от документи, включващ обща инструкция по регистрацията, учета и диспансерното наблюдение на пациенти с диагностицирано злокачествено новообразувание, формализирани учетни форми, инструкции за тяхното попълване и „Комплексен класификатор на данните за болните със злокачествени новообразувания при формирането на Държавен раков регистър“, съответстващ на препоръките, дадени от Международната агенция за изследване на рака (International Agency for Research on Cancer, IARC)<sup>19</sup>. Предвид огромната територия на държавата, във всеки областен град съществува регионален раков регистър, който подава информация към централния.

В **Украйна** създаването на популационен раков регистър и разработването на информационната му технология и неговите програмно и информационно осигуряване започва през 1989 г. в Националния институт по рака по инициатива на отдела, отговорен за организирането на противораковата борба с цел осъществяването на надеждна информационна основа за подпомагане на популационните и клинични изследвания в тази област. Тя е създадена въз основа на съществуващата в рамките на Украинската съветска социалистическа република (УССР) онкологична служба. От 1996 г. започва да действа Националният раков регистър на Украйна, създаден със заповед № 10 на министъра на здравеопазването на Украйна<sup>20</sup>.

На територията на **Беларус** отделен раков регистър за бившата Беларуска съветска социалистическа република (БССР) е създаден през 1972 г., а настоящият използва международните принципи за събирането, контрола и обработката на данните. От 1997 г. в столицата Минск, а от 1999 г. и в цялата

<sup>19</sup> Каприн, А. Д., Старинский, В. В., Грецова, О. П., Петрова, Г. В., Самсонов, Ю. В., Шахзадова, А. О., Простов, Ю. И., Простов, М. Ю. Цит. съч., с. 99-102.

<sup>20</sup> **Національний канцер-реєстр України (НКРУ)**. Загальна інформація про Національний канцер-реєстр України (сайт: [www.ncru.inf.ua](http://www.ncru.inf.ua))

страна, за кодирането на злокачествените новообразувания при вписването на постъпилите сведения се използва МКБ<sup>21</sup>.

Националният раков регистър на **Молдова** е създаден през 1995 г. на основание на чл. 41, ал. 1 и 2 от приетия през същата година Закон № 411 за здравеопазването. Физически е част от Института по онкология в столицата Кишинев<sup>22</sup>.

*В първата глава на магистърската теза бяха представени различните модели раков регистър и бе отделено по-голямо внимание на популационния раков регистър, какъвто е необходим на една държава при събирането на сведения за злокачествените заболявания и планирането на борбата с тях. Разбира се, НРР на РБ е от този вид, съществува точно седемдесет години, а неговите история и състояние към настоящия момент следва да бъдат обсъдени във втората глава на настоящия труд.*

## ГЛАВА II. НАЦИОНАЛЕН РАКОВ РЕГИСТЪР НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

*Раков регистър в България съществува от съвсем немалко време – през настоящата 2022 г. се навършват точно седемдесет години от неговото учредяване в рамките на Научно-изследователския онкологичен институт (НИОИ). Създаден е по-малко от двадесет години, след като е поставено началото на лечението на злокачествени заболявания в страната през 1934 г. Безспорно, това е един голям успех, като се има предвид, че раковите регистри в други дори по-развити европейски държави, в които и борбата с рака има по-голяма история, са основани на доста по-късен етап.*

*Във втора глава на магистърската теза е извършен кратък исторически преглед на НРР на РБ, описани са структурата, дейностите и състава му в съвременето ни.*

### 1. Кратък исторически преглед

Борбата с онкологичните заболявания в България датира от средата на ХХ век, когато през пролетта на 1934 г. няколко изтъкнати специалисти, занимаващи се с тази област от медицината, създават Комитета за борба с рака в България. Няколко години по-късно, през 1937 г., в рамките на днешната Университетска многопрофилна болница за активно лечение (УМБАЛ) „Александровска“ – София се открива стационар с шестдесет и пет легла. Именно това е Противораковият център, който е първото лечебно заведение в страната, което

<sup>21</sup> **Евмененко, А. А.** Популяционный раковый регистр Республики Беларусь. – V Петербургский международный онкологический форум 20-23 июня 2019 г. (выступление). Санкт-Петербург, 2019.

<sup>22</sup> **Legea Republicii Moldova ocrotirii sănătății Nr. 411 din 28-03-1995.**

е насочено към терапия на пациенти, диагностицирани с онкологични заболявания. Един от основоположниците, който дава изключително много от себе си в тази насока, е проф. Андрей Сахатчиев – български учен, роден в Габрово, който завършва медицина във Франция.

За дейността и развитието на звеното, специализирано в борбата със злокачествените заболявания, в оставащия период до 9 септември 1944 г., до началото на 50-те години на XX век има оскъдни данни. Може само да се предполага за причините. Склонен съм да изразя мнение, че предвид изключително сложната общественно-политическа ситуация – настъпването на Втората световна война през 1939 г. и идването на комунистическия режим през 1944 г. са изместили фокуса на внимание. Възможно е, разбира се, през годините да се губят данни на хартиен носител, като това може да стане вследствие на небрежност или други обстоятелства (не бива да се забравя, че по време на Втората световна война София и други населени места в страната са подложени на бомбардировки). Запазени са сведения на гореспоменатия Комитет за борба с рака в България, като например Протокол от заседание на Комитета от 18 юли 1939 г. Там проф. Сахатчиев докладва, че в лечебното заведение са лекувани „1210 болни от рак, от които: 898 с рентген, 59 с радий, 356 с рентген и радий“. Също така, лекарят препоръчва разгръщането на дейността на Противораковия център и снабдяването с нов рентгенов апарат за нуждите му<sup>23</sup>.

В България започва да действа Онкологичен институт с диспансер, но липсват документи, свързани с неговото обособяване. Чрез запазени отделни заповеди на тогавашните министри на народното здраве за назначаване или освобождаване на специалисти в това лечебно заведение изследователите на историята на онкологията в България стигат до извода, че 1950 г. може да бъде приета „за начало на създаването и развитието на първото специализирано, комплексно онкологично заведение в нашата страна“<sup>24</sup>. Това е настоящата Университетска специализирана болница за активно лечение по онкология – София (УСБАЛ по онкология).

Именно там, а и до ден-днешен, съществува българският НРР, който по своята същност е популационен и обхваща цялото население на страната. През 1951 г. със заповед на Министъра на народното здраве на Народна република България (МинНЗ на НРБ) се въвеждат учетни форми за всички злокачествени заболявания, които са задължителни. Една година по-късно, през 1952 г., се обособява Организационно-методична секция (ОМС) към Научно-изследова-

<sup>23</sup> **Протоколъ** за заседанието на Комитета за борба съ рака въ България, състояло се на 18.VII.1939 г.

<sup>24</sup> **Колектив.** Създаване и развитие на онкологичната помощ в България. Национална онкологична болница. Редакционна колегия: Иван Черноземски, Румен Балански, Здравка Валерианова, Галина Куртева, Димитър Цингилев, Тодор Шипков. София: СБАЛО-ЕАД, 2012, с. 15.

телския онкологичен институт (НИОИ) – София и организационно-методични кабинети с регистратура към окръжните онкологични диспансери, която е част от специализираната онкологична мрежа, изградена от тринадесет окръжни онкологични диспансера – днес това са специализирани болници за активно лечение на онкологични заболявания (СБАЛОЗ) или комплексни онкологични центрове (КОЦ), в структурата на които се намират и регионалните ракови регистри (РРР) (фигура 1). Лечебните заведения, а и звената за регистрация на рака към тях, обслужват няколко области и пациентите се насочват за терапия на злокачественото заболяване според техния адрес по местоживене, макар днес това да не е задължително и да съществува право на избор за провеждане на необходимото лечение. В ОМС системно се събират сведения за лицата със злокачествени новообразувания и *carcinoma in situ*, установени на територията на България, като друга задача на звеното е да се изяснят епидемиологичните особености на туморите, преценка на ефективността на дейността на диспансерната работа с пациенти и на провежданите онкопрофилактични мероприятия в страната. През 1964 г., отново с постановление на МинНЗ на НРБ влиза в сила *Инструкция № 858 за регистрацията, учета и диспансерното наблюдение на болните от злокачествени новообразувания и предракови заболявания*, която е активна и към днешна дата. От 1987 г. е поставено началото на сътрудничеството със СЗО и Международната агенция за изследване на рака със седалище в Лион, Франция. От 1990 г. секцията получава наименованието „Епидемиология и контрол на онкологичните заболявания с раков регистър“<sup>25</sup>. От 1991 г. е задължително изпращането на „Бързо известие за задължително съобщаване на злокачествено заболяване“, а през 1993 г. е внедрена информационна система в онкологичните диспансери в страната, собственост на НРР, която претърпява различни изменения през 2000, 2005 и 2011 г. С Наредба № 24 / 2005 г. на МЗ се установява статута на НРР и така той става структура на днешната УСБАЛ по онкология – София. Финансирането се извършва от републиканския бюджет чрез този на МЗ, което означава, че министерството решава какви средства са необходими както на най-голямата болница за лечение на възрастни пациенти с онкологични заболявания, така и на НРР и РРР.

<sup>25</sup> **Димитрова, Н.** Национален раков регистър. – В: Създаване и развитие на онкологичната помощ в България. Национална онкологична болница. Редакционна колегия: Иван Черноземски, Румен Балански, Здравка Валерианова, Галина Куртева, Димитър Цингилев, Тодор Шипков. София: СБАЛО-ЕАД, 2012, с. 136-141.



Фигура 1. Областни центрове в България, на чиято територия се намират УСБАЛ по онкология, СБАЛОЗ и КОЦ

НРР е участник в множество проекти на международно ниво, като например *EUROCHIP* (разработване на Европейски индикатори за здраве), *EUROCARE*, *EUROCOURSE* (разработване на различни механизми за участие на раковите регистри в Европа в програмите за контрол на рака), *GRELL* (проучване за спецификите и характеристиките на жените до 40 години, диагностицирани с рак на гърдата), *CIS* („Ракът в петте континента“ – издание на IARC), *ACCIS* (автоматизирана система за регистриране на злокачествените заболявания при лица до 18-годишна възраст), *CONCORD* (глобално проучване за преживяемостта при пациенти със злокачествени заболявания). Данни от регистъра са използвани и публикувани в авторитетни информационни база данни, като *CancerMondial*, *Globocan*, *Cancer Incidence in Five Continents*, *European Cancer Observatory*. Българският НРР е член на Европейската мрежа на раковите регистри (ENCR) и Международната асоциация на раковите регистри (IACR), след като през 1999 г. е извършен одит от IARC.

Първи дългогодишен ръководител на ОМС е проф. д-р Иван Попов (1952-1980), след него на тази длъжност са: доц. д-р Христо Цветански (1989-1992), доц. д-р Иванка Димова (1993-1999), доц. д-р Шемуел Данон (2000-2006), доц. д-р Надя Димитрова (2010-2013) и проф. д-р Здравка Валерианова (2007-2009, 2013-настоящем).

## 2. Структура и дейност на НРР настоящем

След настъпването на демократичните промени в България и разкриването на възможности за по-активни връзки със страните от Западна Европа, българският НРР започва да надгражда своя капацитет, въпреки че в някои държави регистрацията на рака започва години, след като тук вече е натрупан опит. В тази връзка цитирам писмото на директора на IARC, който през 1999 г. пише

до тогавашния министър на здравеопазването доц. д-р Петър Бояджиев, че „по време на настоящето експертно посещение в раковия регистър [на България] беше анализирано качеството на данните, в резултат на което се направи извода, че националната система за регистрация в България е добре организирана. [...] Като признание за неговата водеща роля в Балканския регион, Българският национален раков регистър е избран от Европейската мрежа на раковите регистри да организира международен курс за напреднали в регистрацията на рака от цяла Европа в София в края на 1999 г.“.

## 2.1. Структура и състав на НРР

Българският НРР е ситуиран в УСБАЛ по онкология – София и в този смисъл се явява част от МЗ. Към момента в него работят осем души (единият в продължителен неплатен отпуск), като съответните длъжности и най-основните им задължения според установените длъжностни характеристики<sup>26</sup>, утвърдени от изпълнителния директор на УСБАЛ по онкология, са:

- *ръководител* (1 щатна бройка) – отговаря за цялостната дейност на НРР, след основните му задължения влизат: организирането, управлението и контрола на дейността в регистъра, контролира и подпомага дейността на РРР, организира и разработва методични указания за точността, пълнотата и функционирането на регионалните ракови регистри, внедрява нови технологии и методи за обработка и анализ на данните;
- *доцент* (1 щатна бройка) – участва в научно-учебната дейност на НРР, изпълнява функцията на научен ръководител на докторанти, води лекционни курсове на специализанти, изготвя учебни курсове и провежда обучителни курсове, участва в научната дейност на звеното, ръководи научни проекти и епидемиологични проучвания, свързани със злокачествените заболявания, изготвя публикации за български и чуждестранни научни издания, представлява НРР на научни срещи, симпозиуми, конгреси и пр.;
- *специалист по обработка на данни* (2 щатни бройки) – обработва информацията от електронните записи на новооткритите случаи, проверява и анализира тяхната коректност съгласно съответните класификатори, обработва отчетите на СБАЛОЗ и КОЦ, осъществява проверка за дублиращи се записи и извършва логически контрол, събира допълнителна информация за умиралията и броя на населението за всички локализации както общо, така и по отделни административни единици от Националния статистически институт (НСИ) и Гражданска регистрация и административно обслужване (ГРАО), изчислява фактически и стандартизирани показатели за заболяемост, болестност и смъртност, обучава други служители, които заемат или предстои да заемат длъжност, свързана с НРР;

<sup>26</sup> Вж. НКПД 12195005, 2427082, 25296006, 25216003, 33433008.

- *експерт системен софтуер за база данни* (2 щатни бройки) – събира и обработва информацията от регионалните бази данни от цялата страна, проверява и анализира информацията от регионалните бази данни, съгласно съответните класификатори, усвоява и прилага методите за обединяване на масиви в базата данни и новите софтуерни продукти за контрол и анализ на информацията от базата данни на раковия регистър, отговаря за съхранението и поддържането на база данни на НРР, анализира данните за умиранията и броя на населението за всички локализации както общо, така и по отделни административни единици, контролира и подпомага дейността на специалистите по обработка на данни в НРР и другите специалисти от регионалните ракови регистри, изчислява и анализира показателите за оценка на обхвата и качеството на регистрацията, заболяемостта, смъртността и болестността от рак, работи със специализирания софтуер на НРР и с други програмни продукти, които служат за анализ на информацията и за графичен анализ;
- *специалист* (2 щатни бройки) – обработва информацията от електронните записи на новооткрити случаи на рак от цялата страна, проверява и анализира коректността на информацията в регионалните бази данни, съгласно съответните класификатори, обработва отчетите на КОЦ и СБАЛОЗ, осъществява проверка за дублиращи се записи и извършва логически контрол, събира допълнителна информация за умиранията и броя на населението за всички локализации както общо, така и по отделни административни единици от НСИ и ГРАО.

Всички служители в НРР са задължени да спазват принципите за конфиденциалността на информацията съгласно Хелзинкската конвенция за правата на човека, правата на пациента, залегнали в Националния рамков договор (НРД) и Хартата за правата на пациента в Република България, приета от Българския лекарски съюз (БЛС). Раковите регистри работят, спазвайки относително строги условия по отношение конфиденциалността на медицинската информация и особено на физическото съхранение на данните и предоставянето на информация на трети лица. Настоящото развитие на биологичните науки води до разширяване на етичните кодекси и указания (ръководства), които предлагат много строги правила (закони) за конфиденциалността на личните данни и необходимостта от подписано информирано съгласие за тяхното събиране, съхранение и използване. Международната асоциация на раковите регистри е публикувала редица ръководства за регистрацията на рака, базирани на тези принципи, които от които черпи наставления за работата си и екипът на българския НРР. В рамките на УСБАЛ по онкология – София действа особен документ със заглавие „*Вътрешни правила за технически и организационни мерки за защита на личните данни в „Университетска специализирана болница*



за активно лечение по онкология“ ЕАД“, утвърден от изпълнителния директор на лечебното заведение.

Важен елемент в дейността на НРР е наличието на собствена софтуерна програма с название *CancerRegBg* (фигура 2), която спомага за вписването на получените данни, като в НРР са предвидени две щатни бройки за специалисти с висока компютърна грамотност. Софтуерът е бил обслужван от специалист от висше техническо училище във Варна, с когото се е сключвал граждански договор, но над пет години това не се прави поради липса на необходимите финансови средства за подобен разход.

Пациент: КИРИЛ ИВАНОВ КИРЯКОВ Област: 031

Данни за пациента      Данни за тумора      Лечение и развитие на заболяването

Съобщава се: 3 По смъртен акт      Дата на диагноза: 27.02.2012      Пореден № на тумора: 00 от общо: 1      Възраст: 51

Клинична диагноза: С169 | СТОМАХ, НЕУТОЧНЕН

Бреслоу: 0

Естроген рецептор: 0

Прогестерон рецептор: 0

Латералност: 0 няма      Начин на доказване: 0 Само по смъртен акт

Морфологична диагноза: 80003 | Новообразуване, злокачествено, бластом БДУ      Дата на морфология:

HER1 (EGFR): 0

HER2: 0

KRAS: 0

Степен на диференциация: 9 Няма, не е приложим      Лечебно заведение, в което е поставена морфологичната диагноза: 0

TNM изд.      T      N      M      Стадий      Кратко описание на стадия

TNM6      9      9      9      99      9      Непосочено

Локализация на метастази: 99 Неизвестно

Оценки      Сбор

Глисън     

**Фигура 2.** Изглед от част от формата в софтуерната програма на НРР *CancerRegBg* за вписване на новопостъпили данни за злокачествено заболяване

(източник: софтуерна програма *CancerRegBg*)

## 2.2. Дейности на НРР

Основните дейности на българския НРР са регистрирането на всички установени на територията на държавата случаи на злокачествени заболявания и *carcinoma in situ* с кодове С00-96 и D00-D09 по МКБ-10. Регистрират се и заболявания с неопределен и неизвестен характер – D37-D48, които по Международната класификация на болестите за онкология, трета ревизия (МКБ-О-3)

се считат за злокачествени. Звеното организира и провежда епидемиологични и научни изследвания и анализира резултатите от тях, изчислява показателите *заболяемост*, *болестност*, *смъртност* и *преживяемост* на регионално и национално ниво, оценява се нивото на организацията на онкологичната помощ в страната, дава се консултативна и методична помощ по въпросите на регистрацията на злокачествените заболявания в РРР и лечебните заведения в страната. НРР организира и ръководи провеждането на научни събития от всякакъв характер, свързани с темата за регистрацията и епидемиологията на рака, участва в разработката и публикуването на научна и учебна литература в областта на онкологията, изпълнява задания, свързани с държавната политика по онкология, поставени от МЗ и държавни институции, имащи пряко отношение към злокачествените заболявания. От един раков регистър се очаква да си сътрудничи с национални и международни организации и подобни звена от чужбина, което българският НРР постига успешно през годините, а специалистите, работещи в него, имат уважението на своите колеги.

От 1990 г. българският НРР издава всяка година събраните данни за злокачествените заболявания в страната в изданието „Заболяемост от рак в България“. Последният том излиза през 2020 г. в електронен вариант след тригодишно прекъсване и отразява данните, постъпили в НРР през 2015 и 2016 г. Тази нерегулярност през последните години традиционното допреди години издаване на томове с данни за заболяемостта от рак в България е поради административно-финансови причини, част от които следва да бъдат разгледани в рамките на настоящата магистърска теза.

*Във втора глава на магистърската теза бяха проследени накратко **историята на борбата със злокачествените заболявания в България и на НРР**. Също така, представени бяха **дейностите и състава на българския НРР към 2022 г.** Въз основа на изложеното може да се направи извод, че **държавата разполага със звено за регистрация на злокачествените заболявания със съвсем не кратка история, чийто екип продължава да е на нужното високо професионално ниво**. Въпреки това, в момента е налице **парадоксално състояние, в което той не може да функционира адекватно**. Причините, довели до това положение, следва да бъдат представени и обсъдени в следващата трета глава.*

### ГЛАВА III. ФУНКЦИОНАЛНОСТ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАКОВ РЕГИСТЪР НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Българският НРР има своята седемдесетгодишна история, а специалистите, трудили се в него през всички тези години, са се доказали не само в рамките на държавата, но и на международно ниво. През 1991 г. покойният вече канадски учен и специалист в областта на социалната хигиена и организацията на здравеопазването Клайд Херцман посещава днешната УСБАЛ по онкология и включително НРР и впоследствие пише, че екипът на звеното е „един от малкото [...], който използваше в епидемиологичните проучвания на хроничните заболявания методи, сходни с тези, които прилагаша изследователи от страните извън бившия социалистически блок“. Именно това дава основания да се твърди, че **НРР на РБ разполага с голям потенциал**, който обаче е **без възможност за поле за изява** от почти десет години. Причините се коренят в големи административни и финансови затруднения, които не позволяват на регистъра да бъде ефективен, какъвто е бил и каквато оценка му е била поставяна дълги години.

В третата и последна глава на настоящата магистърска теза се разглеждат **причините, довели до това състояние**, което е и нейната същинска цел.

#### 1. Състояние на НРР

Към 2022 г. Република България разполага с раков регистър с устойчиво минало, сложно настояще и неясно бъдеще. Състоянието му може да се опише по горния начин по административно-финансови причини, а не поради липса на специалисти в областта на онкоепидемиологията и професионалисти, които да са включени в процеса по събиране, обработка, анализ и съхраняване на данните, свързани със злокачествените заболявания в една от най-младите държави-членки на ЕС.

Както става ясно от съдържанието на глава II на настоящата магистърска теза, българският НРР има капацитет за „позитивна функционалност“. Резултатите от дейността са отразявани адекватно и в издаваната поредица сборници на хартиен носител. Важна функция на НРР е логическият контрол на събираната информация, която е необходима за дейността на институции като МЗ, НСИ, а също и различни научни и изследователски организации на локално и континентално ниво (Европейски раков регистър, Евростат). В рамките на влизането на Република България в ЕС, държавата е задължена да предоставя данни за новите случаи на година, заболяемостта и смъртността в страната. Поради невъзможността за адекватно функциониране на Българския НРР се изпраща информация, която далеч не отговаря на действителното състояние за разпространение на рака. Ето защо има и разминаване при съпоставянето на данните за новозаболените от злокачествени онкологични заболявания,

постъпили в НРР, и информацията за тези, чието лечение на солидни тумори и онкохематологични заболявания е реимбурсирано/заплатено от страна на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Така например, по данни на НЗОК продажбите и реимбусарцията на комбинацията от препарати за лечение на авансирал карцином на гърдата (произвеждани от фармацевтичните гиганти в Европа и САЩ) и ендокринна терапия са направени при голяма част от пациентките с положителни хормонални рецептори (HR+) и с отрицателен рецептор 2 на човешкия епидермален растежен фактор (HER-) тумори. По данни от НРР за 2020 г. едва 4 % са започнали лечението си по такава схема 23 по решение на лекуващия лекар и след обсъждане на онкологичен комитет<sup>27</sup>.

Както е видно от изложеното на таблица 1, новите случаи на злокачествени заболявания в периода 2013-2020 г. намаляват прогресивно. Всъщност това не означава, че в България ракът е побеждавано заболяване и в този смисъл страната не е утопична територия, в която по-малко хора заболяват и умират от онкологични заболявания. Причините за настоящата ситуация се коренят в приемането и изпълнението на различни неуместни разпоредби на българското МЗ, а след тяхното отпадане – на алиенизация на НРР от здравната система, тъй като той е юридически и административно неоформен. В таблица 1 е посочено, че през 2018 г. в България има нови 14 272 случая на злокачествено заболяване. Според *GLOBOCAN*, към 2020 г. те са 36 451<sup>28</sup>.

**Таблица 1.** Новорегистрирани случаи на злокачествени заболявания в България за периода 2013-2021 г. съгласно данните, постъпили в НРР към 6 декември 2021 г.

Година	Брой новорегистрирани
2013	37 743
2014	36 705
2015	35 996
2016	33 057
2017	30 169

<sup>27</sup> Василева-Славева, М., Ивановска-Пенева, Х., Маслянков, С., Ravendran, K., Arivanandan, K., Gaikwad, R., Gotru, Sh., Bilal, L. Тенденции в лечението на метастатичен HR+HER2- карцином на гърда. Къде сме ние? – В: Медик Плюс, година III, декември 2021, с. 86-90.

<sup>28</sup> *GLOBOCAN*. Number of new cases in 2020, both sexes, all ages. [https://gco.iarc.fr/today/online-analysismap?v=2020&mode=population&mode\\_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=5&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=0&include\\_nmsc\\_other=1&projection=natureearth&color\\_palette=default&map\\_scale=quantile&map\\_nb\\_colors=5&continent=5&show\\_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D](https://gco.iarc.fr/today/online-analysismap?v=2020&mode=population&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=5&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1&projection=natureearth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=5&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D).

Година	Брой новорегистрирани
2018	14 272
2019	31 507
2020	27 536
2021	15 047

След настъпилите промени на административно ниво се наблюдават сериозни затруднения при получаването на информация за новодиагностицираните с рак пациенти. В случая става дума не само за „пробойни“ от рода на пълнота, точност и своевременност, но изобщо за получаване на каквато и да е било информация за злокачествените заболявания, диагностицирани и лекувани на територията на България. В този смисъл към 2022 г. не съществува звено или институция в страната, което да дава точна информация за заболяемостта и смъртността от рак. Понастоящем, сведения и справки се правят в международни информационни сайтовете, като *Global Cancer Observatory (GLOBOCAN)*, *European Cancer Information System (ECIS)* и др. Трябва да се има предвид, че те дават изчислени абсолютни бройки или показатели за рака, които не могат да заместят данните на един популационен раков регистър (като Българския), събиращ информация от достоверни източници като епикризи, смъртни актове и пр.

През 2005 г. тогавашният министър на здравеопазването (МинЗ) Славчо Богоев издава своята Наредба № 35, съгласно която се утвърждава, че НРР е част от УСБАЛ по онкология. Финансирането се извършва от републиканския бюджет чрез този на МЗ. Настъпилите впоследствие промени в Закона за здравето и Закона за лечебните заведения довеждат до нуждата от актуализиране на съществуващия регламент. Във връзка с осъвременяването и подобряване на нормативната уредба, засягаща НРР, от ръководството на УСБАЛ по онкология и НРР са изпращани поредица становища и доклади в МЗ за съществуващите проблеми по регистрацията на злокачествените заболявания в страната и са предлагани решения за тяхното преодоляване. Междувременно започва и стесняване на бюджета на НРР, чрез което се ограничава неговата ефективна дейност. Така например, през 2013 г. са отпуснати 350 000 лв. за нуждите на НРР, като през 2014 г. ½ от нея се изплаща на тринадесетте РРР, разположени в областни центрове в България. Посочената сума е недостатъчна за покриване нуждите на НРР, тъй като дори и по Методиката за субсидиране на лечебните заведения на МЗ от 2012 г. да се изплащат по 5 лв. на новорегистриран случай, през 2012 г. са отчетени 35 540 случая, което прави 355 400 лв., или по 177 700

лв. за РРР и още толкова за НРР<sup>29</sup>. Не става ясно доколко и дали е целесъобразна тази методика и самият регламент за финансиране.

През следващите години бюджетирането на НРР намалява прогресивно, включително въз основа на горепосочената Методика на МЗ.

През юни 2018 г. МинЗ издава своята Наредба № 6, с която се утвърждава медицинския стандарт „Медицинска онкология“. В раздел VII има разпореждания, засягащи НРР. Съгласно нея, НРР следва да бъде преместен от УСБАЛ по онкология в Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА).

НЦОЗА е структура на МЗ, която осъществява дейности, свързани с общественото здраве, профилактиката и информационното осигуряване на управлението на здравеопазването. Ако се разгледа наименованието на този център и се уточни семантичното му поле, може би ще изглежда логично регистрацията на злокачествените заболявания да бъде „прикрепена“ към едно подобно звено.

В редица държави по света съществуват регистри за заболявания от различен характер (сърдечно-съдови, редки, ендокринни и др.), но раковите регистри винаги са отделени и със своеобразна автономия, независимо дали са част от статистическа институция или лечебно заведение/институт. Спецификата на регистрацията на злокачествените заболявания предполага такава автономия и с това се съобразяват държавните и здравни власти. Именно поради тази причина съвсем адекватно българският НРР е ситуиран в УСБАЛ по онкология – София – лечебното заведение с най-голям капацитет за комплексно терапевтиране на пациенти със злокачествени заболявания.

Освен това, според заложения през 2018 г. от българското МЗ стандарт за специалността „Медицинска онкология“, НРР следва да събира, обработва, анализира и съхранява информация за солидните тумори с кодове по МКБ-10 С00-080, като изключи злокачествените заболявания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани с кодове С81-С96<sup>30</sup>. След няколко поредни решения на Върховния административен съд на Република България (ВАС на РБ), предвиденото в гореспомената Наредба № 6 във връзка със статута на НРР се отменя без право на обжалване<sup>31</sup>, но въпреки това към днешна дата проблемите на регистрационното звено не са изчистени – липсва административно уреждане на въпроса с институционалното и физическо ситуиране. Към днеш-

<sup>29</sup> Писмо от проф. д-р Здравка Валерианова, началник на НРР, и д-р Валентин Ангелов, изпълнителен директор на УСБАЛ по онкология – София, до МинЗ д-р Илко Семерджиев относно проблемите, свързани с регистрацията на злокачествените заболявания и финансирането на НРР, 16.03.2017 г.

<sup>30</sup> Предложения от НРР към УСБАЛ по онкология – София във връзка с проект за Закон за изменение и допълнение на Закона за здравето, публикуван на 20.08.2019 г. на Портала за обществени консултации към Министерски съвет, сфера на действие: Здравеопазване. 18.09.2019 г.

<sup>31</sup> Решение № 8850 от 06.07.2020 г., Решение № 12363 от 07.10.2020 г. на ВАС на РБ.

на дата НРР е регламентиран като структура на УСБАЛ по онкология – София само на вътреболнично ниво – в *Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на „Университетска специализирана болница за активно лечение по онкология“ ЕАД*. Това е своеобразно *reductio ad absurdum*, тъй като не съществува законово основание, въз която да се облекне една подобна вътрешна разпоредба на изпълнителния директор на онкологичната болница в София, чийто пряк ръководител е българският МинЗ. Междувременно, новорегистрираните случаи с всяка изминала година стават все по-малко и по-малко. Единствено пълна и точна информация се подава от клиниките към УСБАЛ по онкология – София.

Евентуалното внедряване на НРР към НЦОЗА би довело до много големи усложнения при регистрацията на злокачествените заболявания. Съществуват и предложения не просто за преместване на НРР към структурата на НЦОЗА, но изцяло „построяването“ на нов раков регистър. При изграден такъв това би довело преди всичко до загуба на време и огромни финансови ресурси, които биха могли да бъдат използвани за вече действащия (макар и не в пълния си капацитет) раков регистър.

Към момента, въпреки многократно излъчваните становища на ръководителя на НРР и изпълнителния директор на УСБАЛ по онкология до МинЗ, свързани с конкретни предложения за актуализиране и подпомагане на дейността на регистъра, вкл. по отношение на паричните средства, същите не са взети под внимание и няма сключен договор за финансиране на НРР по методиката на МЗ за субсидиране на дейността на лечебните заведения през текущата година, което се случва през 2018 г. за пръв път<sup>32</sup>. Това също би могло да се счете за акт срещу адекватната работа на НРР. Следствие на въпросното решение се стига до невъзможност за сключване на граждански договор със специалист по компютърни науки, който да поддържа и актуализира софтуерната програма на НРР, която бе обсъдена по-подробно в гл. II, т. 2, пт. 2.1. от настоящата магистърска теза. Последната голяма актуализация е от 2013 г. – преди почти десет години, като се има предвид, че добрата практика е това да се случва на между три и пет години. Към тогавашния момент общият брой на записите в системата на НРР наброява повече от 850 000, от което може да се направи извод, че системата е адекватно поддържана и захранвана с нужните данни.

Към настоящия момент потребителите на общата система в РРР получават сведения за пациенти със злокачествени онкологични заболявания по силата на нормативни документи, които в България са валидни, само защото не са отменени, иначе по своята същност би следвало да са неприложими във второто десетилетие на ХХI век. Става дума за Инструкция № 858 от 1964 г., съгласно

<sup>32</sup> Становище от проф. д-р Здравка Валерианова, ръководител на НРР относно проверка на РЗИ – София, касаеща дейността на НРР, извършена на 05.12.2018 г. 05.12.2018 г.

която се събират, обработват, анализират и съхраняват постъпилите данни за пациентите със злокачествени заболявания от всички области на Република България.

През последните години и особено след настъпването на опустошителната пандемия, предизвикана от коронавирусната болест 2019 (COVID-19), в България се заговори за т. нар. електронно здравеопазване, което не е нововъведение или нещо несъществуващо в повечето държави от Западна и Централна Европа. Българският НРР от години общува активно с други европейски ракови регистри и следи добрите примери, чрез които се разгръща и се актуализира дейността. Именно поради това нееднократно са изразявани становища, че е необходима дигитализация на регистрацията на рака, съгласно която да се предвиди WEB-базирано програмно осигуряване. При изграждане на такава система, данните от РРР ще се вписват директно и няма да има необходимост от междинна обработка, преди изпращане в НРР. Така или иначе, постъпилите в НРР данни се верифицират въз основа на алгоритми, които са създадени и актуализирани от Международната асоциация на раковите регистри. Данните, записвани в НРР, дават сведения не само от медицински и демографски характер, но биха били полезни и за МЗ и фармацевтичните компании, разработващи и разпространяващи медикаменти за терапия на онкологични заболявания. При налични данни за видовете терапия на първия тумор или при метастазиране и приложеното медикаменти, може да се планират по-добре и по-адекватно доставките на лекарства<sup>33</sup>, като така биха се намалили случаите на невъзможност за продължаване на терапия поради липса на необходимия медикамент/-и.

Пряко свързана с дейността на НРР е и темата за Европейския план за борба с рака (ЕПБР). В развитите западно- и централно европейски държави съществуват различни мерки, свързани с темата за противопоставяне на онкологичните заболявания, които са изключително социалнозначим проблем за всяко едно общество. Над 35% от новозаболените през 2018 г. от общо 4 229 662 нови случая и 40% от починалите от общо 1 943 478 случая на смърт на територията на Европа са вследствие на трите главни туморни локализации – гърда, колоректум и бял дроб. При умираанията от рак най-голям относителен дял заема ракът на белия дроб, а след това са туморите на колоректума и гърдата<sup>34</sup>. Научни анализи предполагат, че при липса на решителни действия за борба с рака, до 2035 г. злокачествените онкологични заболявания ще нараснат с 24% и ракът ще е основна причина за смърт в ЕС<sup>35</sup>. Поради това отдавна много дър-

<sup>33</sup> Пак там.

<sup>34</sup> Валерианова, З. Цит. съч., 2021, с. 41-60.

<sup>35</sup> Pileron, S., Sarfati, D., Janssen-Heijnen M., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., Soerjomataram, I. Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035: A population-based study. – In: International Journal of Cancer, 144, 2019, p. 49-58.



жави са въвели скрининг за ранна диагностика и терапия на онкологичните заболявания, а през 2014 г. ЕС препоръчва на всички членки да въведат задължителна профилактика за рак на гърдата, на шийката на матката и на колоректума. Именно затова бива създаден ЕПБР, който ще разполага с финансиране 4 млрд. евро, като 1,25 млрд. от тях ще се предоставят от бъдещата програма *EU4Health*. С негова помощ ще следва да бъдат обособени Център за знания за рака, Европейска инициатива за образна диагностика на онкологичните заболявания, схема на ЕС за скрининг на онкологичните заболявания, мрежа от национални всеобхватни центрове за борба с рака, максимално достъпно лечение на онкологични заболявания за всички граждани и живущи в ЕС и подпомагане на децата с онкохематологични заболявания<sup>36</sup>. Четирите основни ключови области на действие са превенция, ранно диагностициране, подобряване на качеството на живот на пациентите с онкологични заболявания и увеличаване на общата преживяемост.

Профилактиката и ранното откриване на онкологичните заболявания е свързано неизменно с дейността на популационния раков регистър, какъвто е и българският НРР. Той заема важно място във всеки един държавен план за борба с рака, ако такъв съществува. През юни 2021 г. МинЗ издаде заповед, съгласно която бе създадена работна група към МЗ, на която се постави задачата на изготви *Национален план за борба с рака*. Освен това, в частта „Здравеопазване“ на *Националния план за възстановяване и устойчивост* бяха заложени разни реформи, като например да се разработи Национален план за борба с рака и изграждане на Национална дигитална платформа за медицинска диагностика, която е свързана и с онкологичните заболявания.

В България отсъстват постоянни или редовни скринингови програми за откриване на злокачествени заболявания. Всъщност, онкологията не е единствената пренебрегната част от медицината – липсват адекватни и постоянни проследявания за инфектирани с HIV, вирусни хепатити В и С (HVB, HVC) и други трансмисивни инфекциозни заболявания. Този факт не е незабелязан от ръководството на ЕС и поради тази причина през септември 2019 г. в Брюксел, Белгия се провежда работна среща, свързана с проблемите на онкологичните заболявания от Източна и Централна Европа, на която се посочва, че в България, Гърция и Словакия няма популационно-базирана скринингова програма за рак на гърдата от останалите държави-членки на ЕС. Не може да се твърди обаче със сигурност, че единствено България и другите две посочени държави имат проблеми в това отношение, защото данните от проведено през 2019 г. анкетно проучване сочи, че едва 6% от анкетираните в рамките на ЕС и ЕИП диагностицирани с онкологично заболяване са узнали за състоянието си на

<sup>36</sup> **Европейска комисия.** Европейски план за борба с рака. [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_bg](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_bg) (достъпен на 17 февруари 2022 г.).

базата на скрининг, а не на собствени съмнения, свързани със здравословното състояние<sup>37</sup>. Определено липсата на скринингова програма, която в повечето страни е част от национален план/програма за контрол/борба с рака, е по-голям проблем, защото това означава, че не се предприемат абсолютно никакви действия в тази насока.

През 2014 г., една година, след като НРР поема по пътя на невъзможността от да разгъне ефективно своята дейност, е организирана скринингова програма кампания „*Спри и се прегледай!*“. Тя се реализира с финансовата подкрепа на ЕС, и по-конкретно, на Оперативна програма (ОП) „Развитие на човешките ресурси 2007-2013“. В рамките на това спорадично мероприятие пилотно изследване се правят:

- цитонамазка – за диагностициране на ранни признаци за рак на маточната шийка;
- мамография – за диагностициране на рак на гърдата;
- анализ за латентно наличие на окултна (скрита) кръв във фекалиите (хемокулт тест) – за диагностициране на рак на дебелото черво и колоректума.

Програмата започва през май 2010 г. и приключва през октомври 2014 г. От отчетените извършени дейности най-голямо впечатление правят изработените критерии с индикатори за контрол и оценка на скрининга според изискванията на Европейската комисия (ЕК) и на Съвета на Европа (СЕ), обособяването по един регионален координатор във всяка регионална здравна инспекция (РЗИ), извършването на 55 898 скрининга, от които 33 237 свързани с рака на маточната шийка, 12 269 свързани с рака на дебелото черво и колоректума и 10 392 свързани с рака на гърдата<sup>38</sup>.

Въз основа на гореизложената информация, би могло да се направи извод, че този опит с осемгодишна давност в скрининга на онкологичните заболявания в България може да бъде здрав фундамент за доразвиване и внедряване на идеята за ранна диагностика и профилактика на злокачествените заболявания в страната. Още повече, че като част от ЕС България разполага с немалко лостове за финансиране и е крайно неоправдано същите да не се използват и за целите на регистрацията на злокачествените заболявания, вкл. скрининга. Всъщност, профилактиката на туморните новообразувания би следвало да бъде част от пакета на НЗОК и евентуално да се дофинансира.

В България отсъстват адекватни постъпки по превенцията на онкологични заболявания, които към момента са ваксинапредотвратими – това са

<sup>37</sup> Предложения от НРР към УСБАЛ по онкология...

<sup>38</sup> **Министерство на здравеопазването на Република България.** „СПРИ и се прегледай!“ (Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания). <https://www.mh.government.bg/bg/evropeyski-programi/realizirani-proekti/programa-razvitie-na-choveshkite-resursi-2007-2013/nacionalna-kampaniya-za-ranna-diagnostika-na-onkologichni-zabolyavaniya/> (достъпен на 18 февруари 2022 г.).

хепатоцелуларният карцином и ракът на маточната шийка (РМШ). Смята се, че имунизирването срещу НВВ и човешкия папиломен вирус (HPV) би намалило нивата на злокачествените новообразувания в органите черен дроб и маточна шийка. Поставянето на ваксини срещу НВВ е част от имунизационния календар в Република България от 1992 г. включително, но срещу HPV е само препоръчително. Превенцията на НВВ и успехите в епидемиологичен план се считат за една от най-големите успехи в историята на съвременната медицина<sup>39</sup>, но в България липсва пропагандиране на ползите от ваксината при лица, родени преди 1992 г. В държавата действа *Национална програма за първична профилактика на РМШ*, но тя е по-скоро известна на чиновниците в МЗ и част от медицинските специалисти, отколкото на родителите на момичета на 12-13-годишна възраст.

Важна част от един план за борба с рака несъмнено са и палиативните грижи, които в България се предлагат предимно от частни търговски дружества. В страната няма възможност за специализация по „Палиативна медицина“, поради което с тази дейност се занимават хуманни медици с придобита специалност „Анестезиология и интензивно лечение“. Две са отделенията по палиация за пациенти с онкологични заболявания, собственост и финансирани от държавата и те се намират в КОЦ – Бургас и КОЦ – Враца. Съгласно чл. 95, ал. 1 и 2 от Закона за здравето, пациентите в България, които са в терминален стадий на заболяването имат „право на палиативни медицински грижи“, като целта им е „поддържане качеството на живот чрез намаляване или премахване на някои непосредствени прояви на болестта, както и на неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея“. Те обаче нямат за цел ускоряването или забавянето на хода на болестта, но осигуряват подкрепа за болния и неговите близки хора, благодарение на която пациентът би могъл да живее възможно най-активно, доколкото това е възможно<sup>40</sup>. В страната не се прилагат адекватни палиативни грижи за пациенти с онкологични заболявания, въпреки че единствената клинична пътека (№ 253) за такъв вид терапия, заплащана от НЗОК, е именно за такъв вид болни. Освен това, в България отсъстват и някои от познатите и прилагани по света препарати за купиране на болката, която е толкова изразена в последните етапи на заболяването<sup>41</sup>.

<sup>39</sup> **Кеворкян-Сариян, А.** Проучване върху динамиката на епидемичния процес на вирусен хепатит В в Пловдивска област на съвременния етап. Дисертационен труд за присъждане на научната и образователна степен „доктор“. Пловдив, 2012, с. 12.

<sup>40</sup> **Йорданов, Н.** Поддържаща и симптоматична терапия. – В: *Обща и клинична онкология*. Под редакцията на Панайот Куртев. Том I. София: Фердикс консултантска компания ЕООД, 2021, с. 489-508.

<sup>41</sup> **Паскова, К.** Възможности за преодоляване на пробивна болка при пациенти със солидни тумори. – В: *Медик Плюс*, година III, декември 2021, с. 115-118.

Онкологичните заболявания носят изключително голяма тежест в икономически и социален смисъл, поради което сред специалистите битува твърдото мнение, че една национална стратегия за борба с рака следва да започне от събирането и анализа на случаите на злокачествени заболявания в страната. При един неефективно действащ НРР, това е задача без възможност за реализиране. Без данни от раковия регистър не би било осъществимо планирането на борбата с рака, тъй като въз основа на постъпващите от НРР сведения биха дали ориентация за планиращите. Информацията за заболяемостта и смъртността, свързани със злокачествени заболявания, биха дали насоки за рисковите фактори, капацитета и възможностите на лечебните заведения и на ефективността на настоящата здравна система. След адекватния анализ трябва да се правят изменения, които да усъвършенстват функционирането на здравеопазването. В този смисъл, продължаващите неясноти, свързани с институционалния статут на НРР, биха довели до невъзможност за осъществяване на реален български план за борба с рака, какъвто имат развитите западно- и централноевропейски държави, САЩ, Япония и др. Освен това, трябва да се вземе предвид и факта, че освен всъщност много високите нива на заболяемост и смъртност от злокачествени заболявания в България (които обаче са недоказуеми с конкретни данни поради ситуацията, в която е поставен НРР), в страната се наблюдава най-ниската обща преживяемост при пациенти с онкологични заболявания в сравнение с останалите държави в ЕС. Високата смъртност в България е статистически и медицински факт, за който се заговори активно след началото на пандемията от COVID-19. Предстои обаче да станем свидетели дали и кога властите ще обърнат поглед към тази злочеста констатация.

Една от функциите на раковите регистри, която е неразривно свързана с всеки план за борба с онкологичните заболявания в държавата (действащ или в процес на изпълнение), е мониторирането на показателите за честота на случаите на рак и проследяване на тенденциите за тяхното разпространение сред населението. Друг важен елемент е оценката на ефекта от планираните интервенции за контрол на злокачествените заболявания, сред които на първо място е скринингът (профилактиката), която раковият регистър би дал въз основа на получените данни. Благодарение на дейността на регистъра се правят изследвания на различията в честота на онкологичните заболявания в отделните региони на страната, а при подаване на данни към раковия регистър за ЕС се правят изводи и за всички държави в общността.

За информиране на медицинските лица и гражданите за новите случаи на заболели, починали и излекувани от COVID-19 и имунизирани срещу заболяването бе създаден електронният регистър *Единен информационен портал – COVID-19*. В него данните се актуализират всеки ден в полунощ въз основа на сведенията, постъпили в рамките на изминалото денонощие от различните звена – болници, диагностично-консултативни центрове (ДКЦ), РЗИ, МДЛ и

др., а също се дава информация, свързана с борбата срещу заболяването в текстови вид, т. е. създаде се една добре организирана структура за все пак не толкова много време за планиране и изграждане. Предвид пандемичния характер на ситуацията и досегашната относителна липса на дигитализация на българското здравеопазване, обособяването на такъв електронен информационен портал е една стъпка напред. Разбира се, регистрирането на злокачествени заболявания е далеч по-различно като процес и като обем на необходимата информация, но при разработена вече софтуерна програма и при наличие на нужната административно-финансова подкрепа, то също би било ефективно, както и преди началото на проблемния за звеното период, който продължава и до днес.

*В рамките на третата глава на магистърската теза беше представено състоянието на НРР на РБ към 2022 г. Към момента българското звено за регистрация на злокачествените онкологични заболявания е **почти недействително**, тъй като през годините националните и здравни власти дестабилизират функциите му, а въпреки многократно отправените предупреждения от страна на специалистите, запознати с тематиката, че липсата на адекватно събиране на данни за заболяемостта и смъртността от рак и последващото им анализране **пречи на съставянето на план за борба със заболяването** (каквото в България всъщност все още няма в истинския смисъл на словосъчетанието), на ниво правителство и министерство не се предприемат нужните стъпки. И не на последно място, България е част от ЕС и в този ред на мисли има ангажимент към организацията, която регулярно добавя нови и нови елементи в борбата с онкологичните заболявания.*

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В рамките на настоящата магистърска теза бе разгледана темата за състоянието на регистрацията на злокачествените заболявания в България към 2021 г.

Когато се говори за онкология и борба със злокачествените заболявания, раковият регистър като че ли остава в известен мисъл встрани и неговата изключителна значимост е осъзната за определен кръг от специалисти, обвързани с онкологията и епидемиологията. По-широката медицинска, административна и социална общественост забравят или пък въобще не знаят колко важен е раковият регистър при планирането и осъществяването на борбата с рака.

Освен това, както бе посочено изрично и в рамките на този труд, се оказва, че РБ разполага с достойна история на своя раков регистър, а немалко много по-развити държави са започнали проследяването на заболяемостта и смъртността, свързани с рака, на един доста по-късен етап, въпреки че междуременно са развивали конкретната борба със злокачествените заболявания под формата на различни терапевтични подходи.

През 2022 г. се навършват точно седемдесет години от създаването на НРР на РБ. Погледът назад дава ясна представа за изключително добре свършената работа от момента на учредяването на това звено. Българският регистър, а наред с това и специалистите, работили в него, е оценяван високо не само в рамките на държавата, но и отвъд нейните предели. Наред с процеса на дигитализиране в световен мащаб, са предприети постъпки за създаване на софтуерна програма за вписване на постъпилите в РРР и директно в НРР данни за новите случаи на рак и тяхното проследяване. Софтуерната програма е реализирана, използва се и към момента, но се нуждае от актуализация, което не може да се случи, поради липса на финансови средства, а не на амбиция от страна служителите на звеното.

От 2013 г. обаче започват трудни дни за НРР. Тяхното начало се поставя с различни решения на държавно ниво, които ограничават или просто прекратяват възможностите за получаване, обработка, анализ и съхранение на данните за регистрираните злокачествени заболявания в България. Липсата на нормативна уредба, която да уточни конкретно чия структура е НРР и му осигури нужната за ефективната работа автономия, довежда до състоянието, в което информация не се подава от различните лечебни заведения, в които има звена за лечение на пациенти, диагностицирани с онкологични заболявания.

Големият удар за НРР е наредба № 6 на МинЗ, според която същият престава да е част от УСБАЛ по онкология и се влива в структурата на НЦОЗА. До този момент, с наредба на МинЗ от 2005 г., НРР е част от УСБАЛ по онкология. Настъпват промени в Закона за здравето и Закона за лечебните заведения, които би следвало да доведат до актуализирането на разпоредбите за НРР, но постъпки не са извършени.

Всичко това цели обезличаването на раковия регистър, тъй като е изпитано, че събирането на данни за злокачествените заболявания следва да има известна независимост, която се корени в спецификата на дейността. Наредбата е оспорвана и два пъти отменена от ВАС, но към март 2022 г. продължават да не се предприемат действия по уточняването на статута на НРР. Междувременно постъпват твърде оскъдни данни за случаите на рак в България, тъй като липсва нормативна уредба, която да задължи всички лечебни заведения с онкологични структури да го правят. Постъпва информация от УСБАЛ по онкология, СБАЛОЗ и КОЦ в областните центрове и отделни клиници/отделения, където се лекуват пациенти със злокачествени заболявания. Налице е и отказ за даване на достъп до информация за съответните пациенти, лекувани в лечебните заведения в страната.

Гореизложеното може да се докаже и факта в числа – ако през 2013 г. са извършени 37 743 регистрации, то през 2021 г. техният брой е едва 15 047. България не е анклав, където случаите на рак намаляват драстично, напротив

на глобалната тенденция, а е **държава с неефективно действащ раков регистър.**

**Целта на магистърската теза** беше посочването на препятствията пред дейността на НРР, които са административни. От тях, логично, произтичат и финансови, тъй като една структура с неизяснен статут се финансира оскъдно или пък това изобщо не се случва. Посочени бяха и конкретните административни разпоредби, довели до настоящето състояние.

**Доказа се**, че съществуването на раков регистър е от много голяма важност при борбата със злокачествените заболявания и би следвало да му се обърне особено внимание при изготвянето на национален противораков план, за съставянето на който отново се заговори активно в последните месеци на изминалата 2021 г. НРР е споменаван мимоходом малократно, като остава надеждата за обръщане на погледа и към него.

Проблемът със статута на НРР на РБ всъщност **би могъл да се реши** не толкова сложно и в известен смисъл е обвързан с желанието за извършване. Години наред звеното представлява една неразривна част от УСБАЛ по онкология – София и това е било заложено в разпоредби на МинЗ. Решението от 2018 г. за преминаването му към НЦОЗА е отменено от най-висша инстанция. Справка с раздел VII на Наредба № 6 за утвърждаване на медицински стандарт „Медицинска онкология“ сочи, че НРР на РБ е без свое място, т. е. не е посочено чия структура е. След отмяната на тази част от наредбата българският раков регистър остава без уточнен статут. Оттогава са изминали повече от три години, мнозина министри на здравеопазването са сменени, но внимание на НРР така и не се отделя, тъй като той винаги излиза извън рамките на приоритетите.

Липсата на качествено и адекватно финансиран раков регистър отвежда България встрани от общоприетите стандарти за борба със злокачествените заболявания. Ако в рамките на медицинската онкология и радиотерапията в страната се хвърлят усилия, постигат се значителни успехи и се взема добрия пример от Западна Европа, САЩ и развитите държави в Азия, то стремежът към постижения в регистрацията на рака отсъства на административно ниво.

Нефункционалирането на българския НРР по начина, по който е работил преди 2013 г., и неподдаването на необходимите данни към Европейската база данни, със сигурност означава и поредното неспазване на ангажиментите на България като страна-член на ЕС, което е поредната точка на влошаване на административния образ на държавата.

Изразявам надеждата, че седемдесетгодишнината на НРР на РБ би преминала в светлината на започването на разрешаването на проблемите му и завръщането към достойното му минало, което би могло и да е бъдеще.

**Приложение 1. Общи сведения за раковите регистри в западно- и централноевропейски държави с висок индекс на човешкото развитие и членки на ЕС или ЕИП**

Държава	Наименование	Година на създаване	Структура
Австрия	Австрийски национален раков регистър	1957 г.	Федерална служба по статистика
Белгия	Белгийски раков регистър	1983 г.	независим
<b>България</b>	<b>Национален раков регистър</b>	<b>1952 г.</b>	<b>УСБАЛ по онкология, подчинена на МЗ</b>
Великобритания	Национална служба за регистрация и анализ на рака	1958 г.	МЗ на Великобритания
Германия	Център за данни от раковите регистри	1926 – 1929 г.	Институт „Роберт Кох“ – Берлин
Гърция	Гръцки раков регистър	няма данни	Гръцки институт за контрол и превенция на заболяванията
Дания	Датски национален регистър	1942 г.	Национален борг по здравеопазването
Естония	Естонски раков регистър	1953 г., 1978 г.	Раков регистър към Северноестонската регионална болнична фондация
Ирландия	Национален раков регистър	1991 г.	Национален раков борг по регистрацията
Исландия	Национален раков регистър	1954 г.	Исландско общество за борба с рака
Испания	Регионален раков регистър**	1960 г.	Главния дирекция по обществено здраве
Италия	Асоциация по медицинска онкология	1973 г.	Асоциация по медицинска онкология
Кипър	Кипърски раков регистър	1998 г.	Министерство на здравеопазването
Латвия	Национален раков регистър	1965 г.	Латвийски онкологичен център
Литва	Национален раков регистър	1957 г.	Институт по онкология към Университета във Вилнюс
Люксембург	Национален раков регистър	2011 г.	Люксембургски здравен институт
Малта	Национален раков регистър	1957 г.	Комплексна национална здравна служба
Нидерландия	Национален раков регистър	1989 г.	Нидерландска асоциация за борба с рака
Норвегия	Национален раков регистър	1951 г.	Институт за изследване на рака към Университетската болница в Осло
Полша	Национален раков регистър	1952 г.	Онкологичен център „Мария Склодовска-Кюри“ – Варшава
Португалия	Национален раков регистър	1988 г.	Португалски институт по онкология – Лисабон
Румъния	Регионален раков регистър*	няма данни	Онкологичен институт – Букурещ
Словакия	Национален раков регистър	1976 г.	Народен център за здравна информация
Словения	Национален раков регистър	1950 г.	Институт по онкология – Любляна
Унгария	Унгарски раков регистър	1999 г.	Национален институт по онкология



Държава	Наименование	Година на създаване	Структура
Финландия	Финландски раков регистър	1952 г.	Национален здравен институт
Франция	Национален институт по рака	1901 г.	МЗ и Министерство на образованието и иновациите
Хърватия	Национален раков регистър	1959 г.	Хърватски национален институт по обществено здраве
Чехия	Чешки национален онкологичен регистър	1956 г.	Институт по здравна информация и статистика
Швейцария	Национален институт по епидемиология и регистрация на рака	1969 г.	Федерален департамент по вътрешни работи
Швеция	Национален раков регистър	1958 г.	Център по епидемиология към Националния борг по здравеопазване

\*Регионални ракови регистри, подчинени на Онкологичния институт в Букурещ

\*\*Регионални ракови регистри, подчинени на Главната дирекция по обществено здраве

## ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

### I. Научна и друга литература

1. Алексиевич, С. Чернобыльская молитва. Москва: Время, 2019, с. 37.
2. Валерианова, З. Епидемиология на злокачествените новообразувания. – В: Обща и клинична онкология. Под редакцията на Панайот Куртев. Том I. София: Фердикс консултантска компания ЕООД, 2021, с. 41-60.
3. Василева-Славева, М., Ивановска-Пенева, Х., Маслянков, С., Ravendran, K., Arivanandan, K., Gaikwad, R., Gotru, Sh., Bilal, L. Тенденции в лечението на метастатичен HR+HER2- карцином на гърда. Къде сме ние? – В: Медик Плюс, година III, декември 2021, с. 86-90.
4. Данон, Ш., Валерианова, З. Онкоепидемиология. – В: Онкология 2001. Под редакцията на Иван Черноземски и Тодор Шипков. София: Сиела, 2000, с. 30.
5. Димитрова, Н. Национален раков регистър. – В: Създаване и развитие на онкологичната помощ в България. Национална онкологична болница. Редакционна колегия: Иван Черноземски, Румен Балански, Здравка Валерианова, Галина Куртева, Димитър Цингилев, Тодор Шипков. София: СБАЛО-ЕАД, 2012, с. 136-141.
6. Джонсън, П. Съвременността. Светът от 20-те до 90-те. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, 1993, с. 623.
7. Евмененко, А. А. Популяционный раковый регистр Республики Беларусь. – V Петербургский международный онкологический форум 20-23 июня 2019 г. (выступление). Санкт-Петербург, 2019.
8. Йорданов, Н. Поддържаща и симптоматична терапия. – В: Обща и клинична

- онкология. Под редакцията на Панайот Куртев. Том I. София: Фердикс консултантска компания ЕООД, 2021, с. 489-508.
9. **Каприн, А. Д., Старинский, В. В., Грецова, О. П., Петрова, Г. В., Самсонов, Ю. В., Шахзадова, А. О., Простов, Ю. И., Простов, М. Ю.** Популяционний регистр онкологических больных в Российской Федерации. – В: Public Health Panorama, volume 5, issue 1, March 2019. Copenhagen: World Health Organization, 2019, с. 99-102.
  10. **Кеворкян-Сариян, А.** Проучване върху динамиката на епидемичния процес на вирусен хепатит Б в Пловдивска област на съвременния етап. Дисертационен труд за присъждане на научната и образователна степен „доктор“. Пловдив, 2012, с. 12.
  11. **Колектив.** Създаване и развитие на онкологичната помощ в България. Национална онкологична болница. Редакционна колегия: Иван Черноземски, Румен Балански, Здравка Валерианова, Галина Куртева, Димитър Цингилев, Тодор Шипков. София: СБАЛО-ЕАД, 2012, с. 15.
  12. **Наумов, И. А., Тищенко, Е. М., Лискович, В. А., Часнойть, Р. А.** Обществено здравие и здравеохранение. Часть 2. Минск: Литагент Вышэйшая школа, 2013, с. 66.
  13. **Новосельский, С. А.** О статистике рака в России. – В: Труды Первого Съезда по борьбе против рака. Москва, 1914, с. 1-13.
  14. **Славкова, М.** Циганите евангелисти в България. София: Парадигма, 2007, с. 345.
  15. **Паскова, К.** Възможности за преодоляване на пробивна болка при пациенти със солидни тумори. – В: Медик Плюс, година III, декември 2021, с. 115-118.
  16. **Enstrom, J.** Cancer mortality among Mormons. – In: Cancer, Volume 36, September 1975, p. 825-841.
  17. **Jensen, O. M., Whelan, S.** Planning a cancer registry. – In: Cancer registration: principles and method. IARC Scientific Publications No 66. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1991, p. 22-28.
  18. **MacLennan, R.** Items of patient information which may be collected by registries. – In: Cancer registration: principles and methods. IARC Scientific Publications No 95. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1991, p. 43-63.
  19. **Pileron, S., Sarfati, D., Janssen-Heijnen M., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., Soerjomataram, I.** Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035: A population-based study. – In: International Journal of Cancer, 144, 2019, p. 49-58.
  20. **Troyer, H.** Review of cancer among 4 religious sects: evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors. – In: Social Science & Medicine, Volume 26, Issue 10, 1988, p. 1007-1017.

21. **Wagner, G.** Cancer registration: Historical aspects. – In: The Role of the Registry in Cancer Control. IARC Scientific Publications No 66. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1985, pp. 3-12.
22. **World Health Organization.** Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: WHO, 2013.

## II. Административни и юридически източници

23. **Становище от проф. д-р Здравка Валерианова**, ръководител на НРР относно проверка на РЗИ – София, касаеща дейността на НРР, извършена на 05.12.2018 г. 05.12.2018 г.
24. **Писмо от проф. д-р Здравка Валерианова, началник на НРР, и д-р Валентин Ангелов, изпълнителен директор на УСБАЛ по онкология – София**, до МинЗ д-р Илко Семерджиев относно проблемите, свързани с регистрацията на злокачествените заболявания и финансирането на НРР, 16.03.2017 г.
25. **Предложения от НРР към УСБАЛ по онкология – София във връзка с проект за Закон за изменение и допълнение на Закона за здравето**, публикуван на 20.08.2019 г. на Портала за обществени консултации към Министерски съвет, сфера на действие: Здравеопазване. 18.09.2019 г.
26. **Протоколъ** за заседанието на Комитета за борба със рака въ България, състояло се на 18.VII.939 г.
27. **Решение № 8850** от 06.07.2020 г., **Решение № 12363** от 07.10.2020 г. на ВАС на РБ.
28. **Legea Republicii Moldova ocrotirii sănătății Nr. 411** din 28-03-1995.

## III. Интернет сайтове

29. **Европейска комисия.** Европейски план за борба с рака. [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_bg](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_bg) (достъпен на 17 февруари 2022 г.).
30. **Министерство на здравеопазването на Република България.** „СПРИ и се прегледай!“ (Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания). <https://www.mh.government.bg/bg/evropeyski-programi/realizirani-proekti/programa-razvitie-na-choveshkite-resursi-2007-2013/nacionalna-kampaniya-za-ranna-diagnostika-na-onkologichni-zabolyvaniya/> (достъпен на 18 февруари 2022 г.).
31. **Національний канцер-реєстр України (НКРУ).** Загальна інформація про Національний канцер-реєстр України. [www.ncru.inf.ua](http://www.ncru.inf.ua) (достъпен на 18 февруари 2022 г.).
32. **GLOBOCAN.** Number of new cases in 2020, both sexes, all ages. <https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysismap?v=2020&mode=population&mo>

de\_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\_group=5&ages\_group%5B%5D=0&ages\_group%5B%5D=17&nb\_items=10&group\_cancer=1&include\_nmsc=0&include\_nmsc\_other=1&projection=naturalearth&color\_palette=default&map\_scale=quantile&map\_nb\_colors=5&continent=5&show\_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D (достъпен на 17 март 2022 г.).

## STATE OF REGISTRATION OF MALIGNANT DISEASES IN THE REPUBLIC OF BULGARIA AS OF MARCH 2022

**Momchil Shopov**

**Abstract:** Although in our modern times a great and steady progress has been made in cancer therapy and this process continues, in many cases the prognosis for the future of many patients is far from optimistic. The incidence of and mortality from malignant cancers are increasing worldwide. In order to support the work of specialists and also to control cancer, it is necessary to monitor the statistical indicators of morbidity and mortality associated with changes in health status resulting from cancer.

In this Master's thesis the existence of the Bulgarian cancer registry will be traced, with the main aim of pointing out the barriers to its effective existence.

**Keywords:** malignancies, cancer registry

# ПРОЕКТЕН ПОДХОД В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В МАЛКИТЕ ОБЩИНИ

---

**Иван Тишков<sup>1</sup>**

*Научен ръководител: доц. д-р Татяна Даскалова*

*Рецензент: гл. ас. д-р Виолета Тончева-Златкова*

**Резюме:** Пациентите, които живеят в малки общини и такива, които са отдалечени от столицата, постъпват със заболявания в напреднал стадий, непрофилактирани, често с неточни диагнози, поставени след продължително лечение в лечебни заведения в болничната и извънболничната помощ. Те споделят за влошен достъп до лекари специалисти и съвременно медицинско оборудване за диагностика и лечение, за много възрастни лекари, които имат затруднения да боравят с медицинското оборудване или пък лекари без придобита специалност, които работят в болнични отделения, както и за лоши битови условия в общинските болници. Това насочва към тезата, че за да стане по-ефективно за пациентите си, здравеопазването в малките общини може да въвежда добри практики чрез изпълнение на отделни взаимно надграждащи се като ефект проекти.

**Ключови думи:** влошен достъп, общинско здравеопазване, проектен подход

## УВОД

### 1. Мотиви за предприемане на изследването и лична мотивация

Работата в голяма високотехнологична столична болница, която приема пациенти от всички райони на страната предоставя възможност за наблюдение и анализ върху профила на пациентите, с акцент върху различията в медицинския им статус по отношение на местоживеенето им. Прави впечатление, че пациентите, които живеят в малки общини и най-вече в такива, които са отдалечени от столицата, постъпват със заболявания в напреднал стадий, не-

---

<sup>1</sup> Д-р Иван Тишков (drtishkov88@gmail.com) завършва медицина в Медицински университет „проф. д-р Параскев Стоянов“, Варна през 2013 г. Придобива специалност Гастро-ентерология през ноември 2018 г. в Медицински университет, София. Има научни публикации в български и европейски издания, както и активно участие в конгреси. Член е на Европейското дружество по гастроинтестинална ендоскопия (ESGE), Българско дружество по гастроентерология, гастроинтестинална ендоскопия и абдоминална ехография (БДГТЕАЕ), Българска асоциация по ултразвук в медицината (БАУМ). През 2019 г. е избран за член на Управителния съвет, завеждащ сектор Ендоскопия на Асоциацията на младите хепатогastroентеролози в България.

профилактирани, често с неточни диагнози, поставени след продължително лечение в лечебни заведения в болничната и извънболничната помощ. Тези наблюдения са с постоянен времеви характер, не могат да се определят като инцидентни. Устойчивото им проявяване показва липса на навременна специализирана лекарска помощ в тези малки и отдалечени от столичните високотехнологични болници общини. Пациентите споделят за влошен достъп до лекари специалисти и съвременно медицинско оборудване за диагностика и лечение, за много възрастни лекари, които имат затруднения да боравят с медицинското оборудване или пък лекари без придобита специалност, които работят в болнични отделения, както и за лоши битови условия в общинските болници. Пациентите от малките отдалечени общини често постъпвайки в столична високотехнологична болница, в хода на сваляне на анамнезата изтъкват изброените и подобни причини. Акцентират и върху необходимостта да дофинансират със собствени средства интервенциите по отделни клинични пътеки в лечебните заведения като пречатстващи достъпа им до ефективни диагностика и лечение.

Наблюденията конкретно върху характеристиките на пациентопотока на входа на отделението по гастроентерология в УМБАЛ Токуда показва ясно тенденцията за пациенти, които търсят специализирана лекарска помощ в отделението при състояния на много тежки, често онкологични заболявания, които по презумпция се развиват много бавно и това красноречиво показва липса на профилактични мерки, както и непоследователни и хаотични организирани по усмотрение на пациентите прегледи при специалисти, без прилагане на задълбочени лабораторни и образни изследвания. Това насочва към тезата, че здравеопазването в малките общини има нужда от пакет от политики, насочени към него, за да стане по-ефективно за пациентите си. Безспорно е, че не е възможно в малките общини да има много високобюджетно медицинско оборудване, както и че там не могат да работят висококвалифицирани специалисти, каквито има в големите столични болници. Малобройният пациентопоток в малките общини не позволява прилагане на лишена от икономическа логика политика в здравеопазването, която да води до неефективни инвестиции в медицинско оборудване и специалисти. Необходимо е в тези малки общини да се прилагат пакети от добри практики, които да подобряват нивото на здравеопазването в тях, така че пациентите да получават навременна диагностика и лечение и да не се налага да търсят лекарска помощ в столичните болници в крайно тежко, често терминално състояние. Такива добри практики могат да се въвеждат чрез изпълнение на отделни взаимно надграждащи се като ефект проекти. Този проектен подход позволява да се проследи целевата стойност на конкретни индикатори, които са обективни измерители за нивото на изпълнение на прилаганите политики. Стратегическата рамка, в която държавата следва да постави този подход е разработването на пакет от политики от страна на държавата, който да бъде структуриран в отделни процедури за

финансиране на конкретни проекти, адресирани към здравеопазване на населението в малките общини. Логично и изпълнимо е прилагането на проектния подход при политиките за здравеопазване в малките общини да осигури спазване на изискванията за устойчивост на отделните проекти и тяхното надграждане, така че вписани в общите рамки на отделните политики, реализираните проекти да допринесат за постигане на всички индикатори, заложиени в тези утвърдени политики. Освен това, идентичните проблеми в сферата на здравеопазването в малките общини ще позволи прилагането на типови проекти, или в определени случаи финансиране на конкретни бенефициенти, без прилагане на конкурентен подбор, което ще улесни достъпа до финансиране на проекти за здравеопазването в малките общини.

## **2. Обект на изследването**

- Състояние на здравеопазването в малките общини в България чрез дефиниране и изследване на специфични проблеми в здравеопазването на малките общини в България, които го различават от здравеопазването в столицата и големите областни центрове;
- Отражение на проектния подход в здравеопазването върху него, чрез разглеждане на вече реализирани проекти с външно финансиране в сферата на здравеопазването в малките общини;
- Формулиране на политики, насочени към здравеопазването в малките общини, които могат да се реализират посредством прилагане на проектен подход.

## **3. Преглед на изследването**

- Извеждане на проектни идеи, които могат да се реализират в здравеопазването в малки общини, като надграждащи вече реализирани такива и изследване на влиянието на реализираните проектни идеи за преодоляване на идентифицирани проблеми в сферата на здравеопазването в малките общини в средносрочен и дългосрочен план;
- Съставяне на концепции за национални политики, насочени към разрешаване на дефинирани проблеми в сферата на здравеопазването в малките общини и източници за финансирането им, структуриране на схеми и процедури за финансиране на конкретни проекти за реализиране на формулираните национални политики.

## **4. Обхват на изследването**

Характерни особености на здравеопазването в четири малки общини в Североизточна България – Тервел, Генерал Тошево, Крушари и Шабла – четирите, разположени в област Добрич, разгледани от гледна точка на паци-

енти, лечебни заведения и проблеми пред общините в сферата на здравеопазването, в контекста на реализирани до момента проектни идеи, необходимост от такива в настоящия момент и възможности за финансирането им по оперативни програми в предстоящия програмен период и от други източници, вкл. национални програми и финансови инструменти.

## 5. Цели и задачи на изследването

- Да се установи състоянието на здравеопазването в извадка от четири малки общини в Североизточна България, възможно най-отдалечени от столицата – общини Тервел, Генерал Тошево, Крушари и Шабла, в т.ч: характеристики на населението, мрежа от лечебни заведения, ресурсна обезпеченост с лекари и медицински специалисти, установени небалансирани нужди и дефицити в сферата на здравеопазването, реализирани до момента проектни идеи, финансирани от външни, различни от НЗОК източници;
- Да се проучат нуждите на здравеопазването в четирите малки общини и да се предложат варианти за реализиране на проектни идеи, които да допринесат за преодоляване на установени дисбаланси в здравеопазването в проучваните общини;
- Да се формулират концепции за национални политики, които да послужат за стратегическа рамка, в която да се позиционират схеми/процедури за реализиране на проекти в здравеопазването, адресирани към малките общини.

## 6. Работна хипотеза

Здравеопазването в малките общини има характеристики, които го отличават в значителна степен от здравеопазването в общините, чиито градове са областни центрове и от здравеопазването в столицата. В малките общини секторът „Здравеопазване“ работи в условия на драстични дисбаланси, които се задълбочават, а някои от тях резултират в лишаване на населението от достъп до качествени медицински услуги. Преодоляването на тези дисбаланси може да стане само чрез специфични, адресирани към малките общини политики за здравеопазването. Прилагането на тези политики трябва да се реализира посредством проектния подход и възможностите, който той дава за въвеждане на обективно измерими индикатори, чрез които да се анализират резултатите от прилагане на политиките в средносрочен и дългосрочен план. Във финансовата рамка за реализиране на политиките за здравеопазването в малките общини могат да се интегрират средствата от европейските структурни и инвестиционни фондове, такива от националния бюджет, от бюджетите на общините и средства от дарители.



## 7. Методи за изследване

- Проучване на планове за интегрирано развитие на малки общини;
- Проучване на бюджети и отчети на малки общини;
- Проучване на нормативната база в сферата на финансирането на здравеопазването и идентифициране на проблеми, свързани с малките общини;
- Проучване на мерки за финансиране на проекти в сферата на здравеопазването по различни оперативни програми и финансови инструменти – приключили, настоящи и предстоящи;
- Проучване на конкретни, реализирани в малки общини проекти в сферата на здравеопазването и резултатите от тях;
- Интервю със заместник-кметове на две от общините, включени в проучването – Тервел и Генерал Тошево;
- Интервюта с медицински специалисти, работещи в сферата на здравеопазването в малките общини.

## 8. Актуалност на темата

Проблемите в здравеопазването в малките общини се задълбочават с времето, като липсата на медицински специалисти, отдалечеността на малките населени места от общинските и областните центрове, които предоставят възможност за достъп до медицински специалисти и оборудване за диагностика и лечение, както и хроничното недофинансиране на медицинските дейности са най-фрапиращите от тях. Не са предприети мерки на национално ниво за преодоляване на тези фрапиращи проблеми и множеството други, които се проявяват като резултат от тях. Малките общини прилагат различни подходи, сред които и проектен, за да осигурят достъп на населението си до здравни услуги. Необходимо е да бъде проучен този опит и да се работи за създаване на политики на национално ниво, в които да бъдат интегрирани вече прилаганите добри практики в малките общини, така че от тези национални политики да може да се очаква по-висока степен на ефективност и по-широк обхват, за да се постигне задоволително ниво на справяне с проблемите на здравеопазването в малките общини.

## 9. Обществена и практическа необходимост на изследването

Населението в малките общини в голямата си част страда от влошения достъп до здравеопазване. Общинските ръководства имат нужда от инструмент и допълнително финансиране, които да приложат комплексно, за да могат да подобрят нивото на здравните услуги на своите територии. Положителен ефект ще има всяка мярка, която бъде приложена като част от национална политика в сферата на здравеопазването за малките общини, вкл. и такава, която включва интегриран здравно-социален подход.

## 10. Актуална теоретическа необходимост от изследването

Изследването ще генерира реализуеми и реалистични идеи, подходящи за реализиране чрез проектен подход и адресирани към преодоляване на определени проблеми в здравеопазването. Генерираните идеи могат да послужат за надграждане на националните и общинските политики в сферата на здравеопазването в малките общини. Предложеният проектен подход ще бъде разгледан в аспекта на законодателната рамка в здравеопазването, което ще направи изследването полезно и в тази насока.

## 11. Резюме, Анотация, Ключови гуми

Настоящата дипломна работа изследва проблемите на здравеопазването в малките общини, като:

- Дефинира най-съществените от проблемите в здравеопазването в малките общини, в частност такива, които го правят драстично по-различно от здравеопазването в големите общини и в столицата;
- Обобщава прилаганите до момента подходи от държавата и малките общини, в частност проектния подход и резултатите от тях, като фокусира изследването си върху четири малки общини в Североизточна България – Тервел, Генерал Тошево, Крушари и Шабла;
- Предлага концепции за държавни политики в сферата на здравеопазването в малките общини и реализирането им чрез проектен подход;
- Очертава конкретни проектни идеи, които могат да повлияят непосредствено и подчертано положително върху разрешаването на определени проблеми в здравеопазването в малките общини ;
- Ключовите думи на настоящата разработка са: малки общини; здравеопазване; проблеми; предприети действия; добри практики; реализирани проекти; концепции; национални политики; проектни идеи; резултати.

## 12. Благодарности

Изказват се сърдечни благодарности на:

- Научния ръководител – за създаването на възможност за работа по наболяла тема и дадените насоки;
- Участниците в изследването от общините Тервел, Генерал Тошево, Крушари и Шабла – за формулирането на специфични проблеми на здравеопазването в техните общини, проблеми, за които не може да се открие информация в други източници; За предоставянето на информация за финансирането на дейности по здравеопазване в общините, за конкретни реализирани проекти, предприети от общините действия и проектни идеи в сферата на здравеопазването.

## ПЪРВА ГЛАВА. ПРОБЛЕМИ ПРЕД ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В МАЛКИТЕ ОБЩИНИ

Съгласно Закона за регионалното развитие, за целите на планирането, програмирането, управлението, ресурсното осигуряване, наблюдението и оценката на регионалното развитие в Република България се обособяват райони, които се разделят на нива в съответствие с изискванията на общата класификация на териториалните единици за статистически цели, прилагана в Европейския съюз.

Районите, които образуват ниво 1, са статистически зони, не представляват административно-териториални единици и са с териториален обхват, както следва: 1. район “Северна и Югоизточна България”, включващ Северозападния район, Северния централен район, Североизточния район и Югоизточния район; 2. район “Югозападна и Южна централна България”, включващ Югозападния район и Южния централен район.

Районите, които образуват ниво 2, са региони за планиране, не представляват административно-териториални единици и са с териториален обхват, както следва: 1. Северозападен район, включващ областите Видин, Враца, Ловеч, Монтана и Плевен; 2. Северен централен район, включващ областите Велико Търново, Габрово, Разград, Русе и Силистра; 3. Североизточен район, включващ областите Варна, Добрич, Търговище и Шумен; 4. Югоизточен район, включващ областите Бургас, Сливен, Стара Загора и Ямбол; 5. (доп. – ДВ, бр. 21 от 2020 г., в сила от 13.03.2020 г.) Югозападен район, включващ областите Благоевград, Кюстендил, Перник, София и София (Столична община); 6. Южен централен район, включващ областите Кърджали, Пазарджик, Пловдив, Смолян и Хасково.

Районите, които образуват ниво 3, представляват административно-териториални единици и обхващат територията на отделните области. Общините са административно-териториални единици в районите от ниво 3 – областите. Районите от съответните нива са териториална основа за провеждане на държавната политика за регионално развитие, като един от секторите на тази държавна политика е сектор „Здравеопазване“.

В националното законодателство не съществува дефиниция за „малка община“. Общоприета практика е под „малка община“ да се разбира община, която попада в приложното поле на Програмата за развитие на селските райони. В настоящата редакция на програмата, която е с наименованието „Стратегически план за развитие на селските райони 2021-2027 г.“, двадесет и седем от общо двадесет и осемте района от ниво 3 (областите), включват общини, попадащи в обхвата на стратегическия план за развитие на селските райони 2021-2027 г.

Единственият район от ниво 3, който не включва общини от селските райони е област София – град.

В настоящата Програма за развитие на селските райони, проектите от която са със срок за реализиране до 2025 г. (ПРСР 2014-2020), обхванатите общини са 231. По данни от ПРСР 2014-2020 г.:

- селските райони заемат 81% от територията и 39% от населението на България;
- в селските райони на България има гъста мрежа от малки градове (1382 бр.), които предоставят основните услуги на населението, от които 90 имат по-голямо функционално значение за организиране на територията, тъй като осигуряват по-голям обхват на услугите и/или обслужват населението на повече от една община;
- В селските райони има добре развита мрежа за здравни услуги – 440 болници и лечебни заведения за извънболнична помощ, но състоянието на инфраструктурата и оборудването в две-трети от тях е влошено.

От 265 общини в страната в новия Стратегическия план за развитие на селските райони 2021-2027 г., който все още не е окончателно приет, 215 общини попадат в обхвата на селските райони. Шестнадесет общини, в които общинските центрове са градове с население над 15 000 души отпадат от Стратегическия план за развитие на селските райони.

В Стратегическия план на България, който вече е изпратен за одобрение в Брюксел, е записана нова национална дефиниция, която определя като “селски район” общините, в които **няма населено място с население над 15 000 души**.

Проблемите, които стоят пред здравеопазването в малките общини, обобщени след проучване на общодостъпни източници за информация и интервюиране на участници в процеса на организиране и финансиране на лечебни заведения от четири малки български общини, отдалечени от столицата могат да се дефинират, както следва:

### **1. Затрунен достъп до лични лекари:**

Поради ниската гъстота на населението в селските райони, резултативната величина „брой пациенти на един личен лекар“ за много от общините е по-малко от 1500 души за един личен лекар. Това число, погледнато от гледна точка на статистиката, представлява малка индивидуална практика за първична лекарска помощ, регистрирана по чл.8, ал.1, т.1 „а“ от Закона за лечебните заведения. Анализирана сама по себе си, резултативната величина „брой пациенти на един личен лекар“ със стойност по-малко от 1500 души за малките общини води до заключението, че достъпът до личен лекар за това население е отличен. На практика, обаче, анализът на числото е съвсем различен. Ако един личен лекар в малка община с около 20 населени места има практика от около 1500 души и в общината работят около 4-5 лични лекари, то тази практика обичайно обхваща пациенти от поне пет населени

места. Седалището на практиката обичайно е в общинския център, в който пациентите имат възможност да ползват медицинска лаборатория, рентген и образна диагностика. Пациентите от останалите населени места, извън общинския център, трябва да пътуват, за да го посетят. Това създава затруднения, като се има предвид, че линиите на междуселищния обществен транспорт са нерентабилни и маршрутните разписания не се изпълняват редовно. Друг проблем е липсата на групови практики по чл.8, ал.1, т.1 „б“ от Закона за лечебните заведения. Личните лекари приемат пациентите си в кабинетите си до обяд, след което извършват различни други дейности, при което практиките им не приемат пациенти за преглед. Всяко отсъствие на личен лекар от работното му място, в условия без групова практика, пречатства достъпа на пациенти до личния лекар. Така, на практика, ако половината от 1500-те пациенти в практиката имат сравнително добър достъп до личния си лекар, то другата половина от пациентите (средно 750 души) имат затруднен достъп до личния си лекар.

## 2. Затруднен достъп до лекари със специалност:

Малките общини, според наличието на лечебни заведения в тях, могат да се разделят на няколко групи:

**Първа група:** малки общини, в които има многопрофилна общинска болница за активно лечение, медицински център (МЦ) или диагностико-консултативен център (ДКЦ), филиал на център за спешна медицинска помощ (ЦСМП), амбулатории на лични лекари и стоматолози, практики за специализирана медицинска помощ (СИМП);

**Втора група:** малки общини, в които няма заведение за болнична помощ, но има МЦ или ДКЦ- общински, ЦСМП и практики на лични лекари и стоматолози;

**Трета група:** малки общини, в които има само практики на лични лекари и стоматолози.

Гражданите, които живеят в общини от **първа група** имат сравнително добър достъп до лекари със специалност, но обичайно този достъп се отнася само до определени широко прилагани специалности – кардиолог, невролог, педиатър, акушер-гинеколог. Поради липса на лекари от определени специалности (пулмолог, ендокринолог, гастроентеролог, нефролог, ортопед, психиатър и др.) многопрофилните болници в малките общини поддържат минимума от три отделения, които им осигуряват статут на многопрофилна болница. Всички нужди на пациентите от специалисти, каквито няма в съответната малка многопрофилна болница остават неудовлетворени на територията на съответната община. На пациентите се налага да пътуват до областния център, а в огромен брой от случаите и до регионален такъв, за да получат съответната консултация със специалист. Удовлетворяват своите нужди от периодично на-

блюдение на състоянието си само пациентите с хронични заболявания, които правят периодични консултации с наличните на територията на съответната община лекари-специалисти.

Гражданите, които живеят в общини от **втора група** имат възможност да ползват специалисти, които посещават по график медицинския център. Тези специалисти, в голям брой от случаите са наети по силата на трети договор, с изрично одобрение от Министерство на здравеопазването за работа на трето работно място. Това са лекари по специалности, за които има недостиг от кадри. Тяхното присъствие в медицинския център обичайно е веднъж седмично, в определен часови диапазон. Една част от пациентите, които страдат от хронични заболявания, удовлетворяват своите нужди от консултации със специалисти, следвайки графика на посещенията им в медицинския център. Друга част от пациентите започват консултации с лекари от областни и регионални центрове и пътуват, за периодични прегледи и назначаване на изследвания при тях.

Гражданите, които живеят в общини от **трета група**, които обичайно са най-малките общини, а за някои от тях на територията на общината няма град, са в най-неблагоприятна позиция спрямо достъпа до лекари специалисти. Те трябва да пътуват за всеки преглед или изследване в лаборатория или образно такова най-малко до областния център.

### **3. Неспецифична заетост на специалистите от филиалите на центровете за спешна медицинска помощ:**

Центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) са единствените лечебни заведения в малките общини без болници, които работят денонощно и достъпът до тях е неограничен. Поради краткото работно време на личните лекари и липсата на групови практики, голям брой от гражданите на общинските центрове и селата намират като единствен достъп до лекар този до специалистите от центъра за спешна помощ. В преобладаващата част от случаите не става въпрос за спешни състояния. Специалистите от спешна помощ не отказват помощ на гражданите, съзнавайки, че са единственият им вариант да получат такава. Друга особеност е, че част от работещите в центровете за спешна помощ в малките общини медици имат заетост на две работни места – като персонал в практики на лични лекари или като медицински лица в кабинети в училища и детски градини. Последната особеност, характерна за малките общини произтича от друг проблем, който е следният:

#### **4. Негостиг на медицински специалисти – мед. сестри, лекари, фелдшери, клинични и рентгенови лаборанти, рехабилитатори, акушерки:**

Въпреки, че в страната има множество медицински университети, които предлагат обучение за медицински специалисти в различни области, тези специалности не се радват на внимание от страна на зрелостниците. Единици са младежите от малки общини, които ги избират, като дипломирайки се, те предпочитат да постъпят на работа в големи градове, често в тези, в които са завършили съответните университети. В малките общини има хроничен недостиг на медицински специалисти за училищното и детското здравеопазване, за медицинските центрове, за лекарските практики и за болниците (където има такива). Медицинските специалисти са в предпензионна и пенсионна възраст и често работят на повече от едно работно място.

#### **5. Негостиг на лекари:**

Ограничен брой зрелостници от малките общини се подготвят, за да бъдат приети да учат медицина. Обикновено, по един зрелостник във випуск, а понякога и нито един, стават студенти във висши медицински училище. Никой от тях не се връща, за да работи в родния си град. Липсват лекари-специалисти, които да живеят и работят в малките градове. Личните лекари, дори и когато не отговарят на изискванията, т.е. да имат придобита специалност „вътрешни болести“ или „личен лекар“, биват оставяни да работят от контролните органи, за да не се наруши достъпа до личен лекар на гражданите. Изкуствено се занижават изискванията към такива лекари, дори когато в работата им има много незадоволителни резултати, за да не бъдат те демотивирани вследствие на санкции от контролните органи и да прекратят практиките си. Всичко това е в ущърб на пациентите, за които няма алтернатива и те не могат да изберат друг личен лекар поради ограничения им брой в дадено населено място.

#### **6. Лоша материална база:**

**Сградният фонд** на лечебните заведения е много стар, обикновено строителството му датира от 70-те години на миналия век. В малките общини, поддръжката на този сграден фонд е грижа на общините. Много често става въпрос за сгради, които са с много голяма застроена площ. Отоплението на такива сгради е много скъпо и често се търсят способности да се изключи то за помещенията, които не се ползват. Този подход води до аварирание на отоплителните инсталации и поява на течове, които от своя страна налагат извършване на аварийни и текущи ремонти. Изключително скъпи са ремонтите на покривите, които също са с много голяма площ, съответстваща на тази на сградите и следва да бъдат поддържани, дори и над обособени части от сгради, които не се ползват. Липсват възможности за финансиране на дейности по ремонт на

сгради по най-достъпната за малките общини програма, тази за развитие на селските райони, в която не са допустими инвестиции от общини в сферата на здравеопазването. По селата сградният фонд, който обезпечава работата на лични лекари и стоматолози по график са помещения в бившите селски здравни служби. Тези сгради също са прекомерно големи спрямо нуждите на селата в момента. Населението в тях вече е много по-малобройно отколкото е било то в периода на построяването им, а лекар и зъболекар в селата има само в определени дни от седмицата. Поддръжката на сградите също е грижа на местната власт. Последната, от своя страна, бидейки натоварена с разнообразни по характер ангажименти, вкл. и такива, които държавата делегира на общините без осигурено финансиране, все по-трудно може да осигури средства за текущи и основни ремонти на големия брой сгради, които се ползват за здравеопазване в многобройните села.

**Оборудването** на лечебните заведения също не е в добро състояние. В общинските болници и медицински центрове през последните десет години са направени инвестиции за закупуване на основно медицинско оборудване, но то е от клас, който съответства на обема и вида здравни услуги, извършвани в малки лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ. Медицинският персонал в здравеопазването в малките общини не е обучен и няма капацитет да ползва високотехнологично медицинско оборудване, като този дисбаланс произлиза от друг такъв – напреднала възраст на персонала, липса на млади и склонни да повишават квалификацията си, включително за работа със специализирано медицинско оборудване лекари.

## **7. Перманентно негофинансиране на лечебните заведения за извършената от тях медицинска дейност:**

Малките общински болници генерират загуби, като причините за това често са обективни. За да сключат договор с НЗОК и да получават финансиране по клинични пътеки, малките болници трябва да отговарят на комплекс от изисквания, в т.ч. за брой и вид на медицинския персонал. Наемат се лекари в пенсионна възраст от други градове, плаща се за транспортирането им до малките общински болници. Ползва се много извънреден труд на наличния персонал, за да се обезпечат работните схеми в болничните отделения. Възрастните лекари и медицински специалисти имат по-високи начисления за Фонд „Работна заплата“, като при извънреден труд разходите се увеличават неколкостранно. Разходват се още средства за вода, горива и енергия, лекарства и консумативи, текущ ремонт и абонаменти за обслужване на медицинско оборудване и софтуейър. Тези разходи са постоянни и не зависят от преминалите през болничните отделения пациенти. В малките общински болници пациентите са малко на брой, което води до малък по обем приход от разплатени от НЗОК клинични пътеки. По подобен начин стоят нещата и при медицинските



центрове. Те също получават средства от НЗОК за извършена от тях дейност. Разходите им също надвишават приходите от дейност. Разгледаните отчети на медицински центрове показва устойчива тенденция през годините за превишаване на разходите на лечебното заведение над приходите от медицинска дейност, като недостигът от средства се осигурява за сметка на общинския бюджет. Колкото по-голям е броят на лекарите специалисти, с които центърът сключва договори, толкова по-добър е достъпът на населението до лекарска помощ. Паралелно с това, обаче, загубите на медицинския център, които се покриват от общината не намаляват, тъй като броят пациенти в центъра е ограничен, така както и възможността на лекарите да работят в него повече часове, поради факта, че работят на трети договор.

По отношение на финансирането, значителни проблеми на общините се създават не само поради големия обем средства, които те трябва да заделят в оскъдните си и обслужващи много проблеми в различни аспекти на местната власт бюджети, а така също и от ограниченията за извършване на такова финансиране на лечебните заведения, произтичащи от Закона за лечебните заведения. Съгласно чл.97, т.5 от този закон, средствата от общинските бюджети, които могат да бъдат предоставяни на лечебни заведения могат да бъдат само под формата на целеви субсидии, което изключва възможността тези средства да бъдат ползвани за обща издръжка на лечебните заведения, от която те имат нужда.

## **8. Липса на диференциран подход на ниво законодателство по отношение на големината на общините и различните проблеми в сферата на здравеопазването в тях**

Основният закон, който регламентира обществените и институционалните отношения в сферата на здравеопазването е **закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)**. Той определя:

- вида на лечебните заведения – сред които няма специфични такива , подходящи за малките общини. В много малките населени места в помощ на населението би била и амбулатория, в която да се извършват рутинни медицински манипулации от медицински специалисти. Такъв тип лечебни заведения не могат да съществуват самостоятелно и не попадат в обхвата на ЗЛЗ ;
- реда за създаване на националната здравна карта – създаването ѝ става на основание създадени областни здравни карти – процесът е изцяло административен , отразява демографската структура на населението, но не и техния социален статус и начин на живот, при което , в съвкупност с острия недостиг на медицински кадри, областните здравни карти имат пожелателен характер , който подлежи на ревизия при създаването на националната здравна карта. Дори и при национална здравна карта , която отразява обек-

тивно необходимостта на населението от лечебни заведения от трите вида разписани в закона – за болнична, извънболнична помощ и други лечебни заведения, трансформирането на тази здравна карта в мрежа от лечебни заведения, полезни за гражданите, се сблъсква в един много съществен проблем, а именно острия недостиг на лекари и медицински специалисти;

- създаване, регистрация, разрешаване на дейност и закриване на лечебните заведения – липсват норми, които да предвиждат облекчен ред за лечебните заведения в малките общини и/или регистрация на специфичен вид лечебни заведения, подходящи за малки населени места или група от такива;
- структура, управление и персонал на лечебните заведения – въвежда правила, които се отнасят по идентичен начин към лечебните заведения, независимо от тяхното местоположение и статут;

### **По отношение на финансирането на извършваните от медицинските заведения дейности**

Разписани и приети са пакет от наредби, които утвърждават медицински стандарти във всички медицински специалности. Съвсем резонно, те се прилагат във всички лечебни заведения, без оглед на вида на лечебните заведения. Това, от една страна, осигурява качествено здравеопазване за всеки гражданин в страната, без да се допуска за жителите на малките общини да се предлагат здравни услуги с по-ниско качество. В същото време, обаче, дори тогава, когато жителите на малките населени места се нуждаят от рутинни манипулации, сред които поставяне на инжекция с изписано от лекар – специалист лекарство или смяна на хирургическа превръзка, измерване на кръвно и пр., те трябва да се свържат с личния си лекар (най-често позициониран в друго, по-голямо населено място) или с медицинския център на общината. Липсват медицински стандарти за малки амбулатории в селата, които да могат да бъдат ръководени от медицински специалист – мед. сестра, фелдшер.

Аналогично, такава диференциация липсва и по отношение на нормативите, регламентиращи клиничните пътеки, по които се финансират болничните заведения. Единственото изключение, което диференцира болничните заведения и осигурява допълнително заплащане за лечебни заведения в труднодостъпни и високопланински райони е **НАРЕДБА No 3 от 5 април 2019 г.** за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения. Тази наредба, обаче, се отнася само за лечебни заведения за болнична помощ, като обхващат и гарантира допълнително, но незначително по обем финансиране за тези лечебни заведения. В нея не са обхванати лечебните заведения за извънболнична помощ, които преобладават в малките общини. В медицинските центрове, които по смисъла на Закона за лечебните заведения са лечебни заведения за

извънболнична помощ, са обхванати всички дейности по диагностика и лечение в дома – образна диагностика, в т.ч. рентген, медико-диагностична лаборатория, кабинети по множество специалности (кардиология, ендокринология, хирургия, акушерство и гинекология, неврология, психиатрия, пулмология, нефрология, ортопедия и др.). Тези лечебни заведения за извънболнична помощ, на практика, теоретично могат да бъдат потърсени за помощ от всички пациенти, които са посетили личния си лекар и които се нуждаят от диагностика и/или консултация с лекар-специалист или физиотерапевтични процедури.

### **По отношение на обезпечаване на лечебните заведения с медицински специалисти**

Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – с последните промени в Наредбата министерството предлага да субсидира базите за обучение за местата, финансирани от държавата по клинични специалности. По този начин държавната политика по осигуряване на необходимите специалисти ще се провежда с финансиране от държавния бюджет и няма да е за сметка на бюджета на лечебните заведения. Лечебното заведение, получавало субсидията, ще е длъжно да назначи специализанта след придобиването на специалност за срок, равен на срока на обучението, за който е изплащана субсидията. Ако лечебното заведение или специализантът не изпълнят това задължение, е предвидено съответната страна да възстанови субсидията. В наредбата са определени поименно лечебните заведения, които попадат в обхвата ѝ, като от този списък са изключени лечебни заведения за болнична помощ в малките общини, както и изцяло заведенията за извънболнична помощ. Друг недостатък на наредбата, от гледна точка на малките общини е и факта, че тя обхваща само студентите по медицина и изключва специалистите в сферата на медицината – мед. сестри, акушерки, рентгенови и клинични лаборанти и др., от които в малките общини изпитват драстичен недостиг.

### **Проектен подход в здравеопазването, приложен до момента – в периода от присъединяването на България към Европейския съюз (2007 г.) до настоящия момент**

Различните стратегии, които са разписани в здравеопазването предвиждат възможността да се ползва проектният подход, като през последните десет години финансирането на този подход се осигурява основно чрез европейските структурни и инвестиционни фондове. Със специфичен фокус върху малките общини са следните процедури, мерки и схеми за финансиране на проекти в сферата на здравеопазването:

#### **1. BG161PO001/4.1-05/2011- Подкрепа за реконструкция/ обновяване и оборудване на общински лечебни заведения в общини, извън градските**

### **агломерационни ареали – Оперативна програма „Регионално развитие 2007-2013“:**

Схемата покрива интервенции за болници за активно лечение, с възможност да предлагат услуги за долекуване и обособяване на медицински центрове. Това са отдалечени от агломерационните ареали болници за активно лечение, които се модернизират, за да предлагат както активно лечение, така и долекуване. Също така, някои малки болници, с под 1200 пациента годишно, се преобразуват в медицински центрове – лечебни заведения за специализирана медицинска помощ с най-малко трима лекари с признати специалности и с до 10 легла за престой на пациенти до 48 часа. Основната цел на схемата за кандидатстване е да осигури подходяща и ефективна общинска здравна инфраструктура в общините извън градските агломерационни ареали, допринасяща за устойчиво местно развитие. Допустимите инвестиции са в строителство и базово медицинско оборудване и транспортни средства.

Допустимите кандидати са общински администрации извън агломерационните ареали.

### **2. МЯРКА М02 „ПОДОБРЯВАНЕ НА СОЦИАЛНАТА ИНФРАСТРУКТУРА” НА ПРОЕКТ „КРАСИВА БЪЛГАРИЯ” КЪМ МТСП:**

Мярката е насочена към осигуряване на подходяща и рентабилна образователна и здравна инфраструктура, съвместима с бъдещите изисквания на населението по места, както и към оптимизация и модернизация на социалната инфраструктура, предоставяща услуги в общността, които не са от резидентен тип. По мярката М02 се финансират строително-монтажни/ремонтни работи (СМР/СРР) в сгради или самостоятелни обекти в тях, които са за обществено обслужване в областта на: образованието и науката (детски ясли и градини, училища, вкл. висши, научни и академични звена и др. подобни); **здравеопазването (лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, центрове за спешна медицинска помощ и др. подобни);** предоставянето на социални услуги в общността, които не са от резидентен тип (дневни центрове, центрове за обществена подкрепа, центрове за социална рехабилитация и интеграция, центрове за работа с деца на улицата, социално учебно-професионални центрове, звена „Майка и бебе”, приемна грижа и обществени трапезарии).

По тази мярка могат да кандидатстват общински и областни администрации.

### **3. Мярка 6.4. Инвестиции в подкрепа на неземеделски дейности по Програма за развитие на селските райони (2014-2020):**

Мярката предоставя подпомагане за инвестиции в неземеделски дейности, които са насочени към:

1. Производствени дейности;
2. Развитие на услуги във всички сектори (например: грижи за деца, възрастни хора, хора с увреждания, **здравни услуги**, счетоводство и одиторски услуги, ветеринарни дейности и услуги базирани на ИТ и др.);
3. Развитие на занаяти (включително предоставяне на услуги, свързани с участието на посетители в занаятчийски дейности) и други неземеделски дейности.

По тази мярка могат да кандидатстват лекарски и зъболекарски практики с нает персонал до 10 души – те са микропредприятия по смисъла на Закона за малките и средни предприятия.

## **ВТОРА ГЛАВА. ОБЩИНИ ТЕРВЕЛ, ГЕНЕРАЛ ТОШЕВО, КРУШАРИ, ШАБЛА-ПРОБЛЕМИ И ПРОЕКТЕН ПОДХОД В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

### **1. Възможности, които предлагат структурните и инвестиционните фондове на ЕС и групите установени източници за финансиране за здравеопазването и приложимостта им към малките общини**

Три са структурните и инвестиционните фондове, които предлагат възможности за финансиране на дейности за здравеопазването в малките общини. Те са както следва:

**1. ЕФРР – Европейски фонд за регионално развитие** – финансира дейности, свързани с инфраструктурата в здравеопазването, в т.ч. строително-ремонтни работи за изграждане или реконструкция или основен ремонт на сгради на центрове за спешна медицинска помощ и техните филиали, доставка на медицинско оборудване и линейки; дейности, свързани със строително-ремонтни работи за изграждане или реконструкция или основен ремонт на сгради на многопрофилни болници за активно лечение и болници за долекуване в градски агломерационни ареали, закупуване на медицинско оборудване и санитарни автомобили за тях.

ЕФРР, само през първия програмен период след присъединяване на страната към ЕС, чрез Оперативна програма „Регионално развитие 2007-2013 г.“ и по-специално чрез процедура BG161PO001/4.1-05/2011 – Подкрепа за реконструкция/обновяване и оборудване на общински лечебни заведения в общини, извън градските агломерационни ареали, осигури финансиране за строително-монтажни работи, медицинско оборудване и санитарни автомобили за реструктуриране на многопрофилни болници за активно лечение в малки общини в болници за долекуване и в медицински центрове със стационари за 48-часов престой.

Приносът на процедура BG161PO001/4.1-05/2011 – Подкрепа за реконструкция/ обновяване и оборудване на общински лечебни заведения в общини, извън градските агломерационни ареали е:

- подобряване на материалната база и преструктуриране на осем многопрофилни болници в малки общини в болници за долекуване и
- преструктуриране на пет многопрофилни болници за активно лечение в медицински центрове. Общините Тервел и Генерал Тошево са две от общо петте общини, извършили преобразуване на многопрофилните си болници в медицински центрове.

**2. ЕЗФРСР – Европейски земеделски фонд за развитие на селските райони** – финансира неземеделски дейности, вкл. и такива за здравеопазването, предназначени за микропредприятия. Могат да бъдат финансирани строително-ремонтни работи, закупуване на оборудване и специализиран транспорт за търговски дружества, които представляват юридически форми на практики на лични лекари, стоматолози, оптики, практики за специализирана лекарска помощ.

Програмата има принос към развитието на лечебните заведения за извънболнична помощ в малките общини основно чрез прилагането на подхода ЛИДЕР, който представлява специализирана мярка към програмата за водено от общностите местно развитие. По стратегиите за водено от общностите местно развитие на МИГ Тервел-Крушари са одобрени два проекта за зъболекарски практики в гр. Тервел и един проект за оборудване на оптика, също в гр. Тервел.

**3. ЕСФ- Европейски социален фонд** – финансира дейности по обучение и квалификация на здравни асистенти, обхващане на уязвими групи с предоставяне на информация за обществено-значими заболявания, профилактични дейности за здравно-неосигурени лица.

Реализирани са проекти, включващи изброените дейности в общините Тервел и Шабла, като проектите са финансирани от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси 2014-2020“.

Друг установен източник за финансиране, съфинансиран от националния бюджет е **проект „Красива България“**, който функционира като проект за квалификация на безработни лица в строителството и се финансира от Фонд към Министерство на труда и социалната политика. Лечебните заведения и дейности за строителство в тях са допустими за подпомагане по програмата, като фокусът е върху общински лечебни заведения, а кандидати по програмата са българските общини.

Преглед на списъците с одобрени проекти, финансирани по Проект „Красива България“ илюстрира следния принос на програмата за инфраструктурата на лечебните заведения в малките общини:

Таблица № 1

Година	Общо одобрени проекти	Одобрени проекти за лечебни заведения
2020	75	9
2021	53	12
2022	50	6
<b>Общо</b>	<b>178</b>	<b>27</b>

#### 4. Разглеждане на проблеми в здравеопазването и приложен проектен подход за изследваните общини – Тервел, Ген. Тошево, Крушари и Шабла:

##### *2.1. Проблеми в здравеопазването в Общините Тервел, Генерал Тошево, Крушари и Шабла*

Четирите общини са част от общо осемте общини в област Добрич, Североизточна България. Основните характеристики на четирите общини от гледна точка на здравеопазването, могат да се обобщят в следната таблица:

(Информацията е от Плановете за интегрирано развитие на четирите общини за периода 2021-2027 година и от интервюта, проведени със заместник-кметовете на общините Тервел, Генерал Тошево, Крушари и Шабла)

Таблица № 2. Данните са към 31.12.2021 г.

Община	Население (брой жители)	Брой жители на един личен лекар	Брой жители на един стоматолог	Брой практики на лични лекари	Брой практики на зъболекари	Брой практики за специализирана лекарска помощ или бр. специалисти в МЦ	Мег. центрове	ЦСМП
Тервел	15 095	2156	2515	7	6	12	1	1
Генерал Тошево	13 865	1 386	2554	10	5	8	1	1
Крушари	3797	949	3797	4	1	0	0	0
Шабла	4696	1424	2348	3	2	0	0	0

Проблемите, които очертават общинските ръководства в сферата на здравеопазването са следните:

### ***2.1.1. Липса на лекари***

На територията на четирите обследвани общини има работещи практики на лични лекари. Преобладаващата част от тях са в пенсионна и предпенсионна възраст. Личните лекари не посещават обучения за повишаване на квалификацията си, не се сдружават в групови практики. Няма студенти по медицина, които да са заявили желание да работят в обследваните общини. Медицинските центрове в двете по-големи общини успяват да привлекат лекари-специалисти, които посещават медицинските центрове по график, само веднъж седмично, за не повече от 4 работни часа. Това присъствие на лекари-специалисти е недостатъчно, за да обхване нуждите на местното население, понякога възникващи инцидентно, без възможност да бъдат съобразени със седмичния график на съответния специалист в медицинския център. Допълнително, графикът на лекарите се изготвя от медицинския център по начин, който да позволява едновременно превозване на лекари с един автомобил на медицинския център и по този начин определени дни от седмицата остават без покритие от лекари-специалисти. Това, което допълнително пречатства ресурсното обезпечаване на лечебните заведения в малките общини с лекари със специалност е обстоятелството, че недостигът от лекари вече е отчетливо изразен проблем и за общинските болници в областните градове Добрич и Силистра, които се намират в региона на обследваните четири общини.

### ***2.1.2. Липса на медицински специалисти***

Медицинските специалисти, които работят в лечебните заведения са преобладаващо в пенсионна или предпенсионна възраст. Има определени специалности, за които в общините липсват медицински специалисти. Такава специалност е „Медицински лаборант“. Липсата на квалифицирани кадри за тази специалност налага всички взети проби в лабораторията на медицинския център в Генерал Тошево да се превозват ежедневно с автомобил на общината до лаборатория в гр.Добрич, за да не се затрудняват пациентите, тъй като в града няма медицински лаборанти. В медицинския център в Тервел пък и двете работещи лаборантки са в пенсионна възраст. В Община Тервел липсва и рентгенов лаборант, в резултат на което такъв пътува ежедневно от град Дулово и се отвежда до дома си в края на работния ден с автомобил на общината. Този начин на работа утежнява работата и на администрациите в двете общини, води и до генериране на големи разходи. Рискът се поема от общинските ръководства с цел да не се затрудняват допълнително гражданите и да се влошава достъпа им до услуги в здравеопазването. В двете малки общини – Крушари и Шабла, населението е още по-ощетено, защото няма достъп до медико-диагностични дейности, както и до центрове за спешна помощ. На хората в тези две много малки общини се налага да пътуват до гр.Добрич – за община Крушари или до гр.Каварна или гр.Добрич – за община Шабла.



Тези два проблема общинските ръководства на четирите общини и заетите в здравеопазването в тях определят като проблеми с най-голяма тежест и най-трудни решения. За да се преодолее големия недостиг на лекари и медицински специалисти е необходимо да се изготвят и приложат комплекс от мерки, обезпечени по отношение на законодателна рамка и логистика на всички нива, които могат да имат отношение към тях: Народно събрание, Министерски съвет, Министерство на здравеопазването, средни и висши учебни заведения, общини, лечебни заведения.

### ***2.1.3. Трудности в поддържането на сградния фонд***

Всички лечебни заведения в общините Тервел и Генерал Тошево са за извънболнична помощ, като преобладаващата част от тях се помещават в сградите на бившите, вече реструктурирани многопрофилни болници. Има и практики на лични лекари, които ползват сгради на здравни служби по селата или обособени помещения в кметствата. Сградите на бившите болници са много големи, строени са с по няколко самостоятелни крила, които в миналото са били различни отделения. Неизползвани са цели корпуси от сградите или по-високите им етажи. Всичко това води до проява на множество увреди, които се отразяват на целия сграден фонд и изискват влагане на средства, за да се решават своевременно проблемите. Здравните служби по селата също имат много неизползвани помещения. В общините Крушари и Шабла проблемите със сградния фонд са по-слабо изразени, тъй като в тези общини не е имало големи болнични сгради.

Проблемът с много лошия сграден фонд в настоящия момент не стои толкова остро пред здравеопазването в малките общини, колкото стоеше преди около десет и повече години. През последните десет години с помощта на външно финансиране – чрез проекти от донорски програми или чрез целеви средства, осигурявани с постановления на Министерски съвет за сметка на бюджетните излишъци в републиканския бюджет, значителна част от малките общини успяха да реновират и да внедрят мерки за енергийна ефективност в сградите, в които се помещават лечебни заведения. Друга част, предимно най-малките общини, които имат само здравни служби по селата, ги ремонтираха чрез целевите капиталови трансфери, предоставяни им от държавния бюджет чрез бюджетите на общините. Въпреки, че все още има лечебни заведения, части от които се нуждаят от спешни ремонти, проблемът със сградния фонд не е най-острия и нерешим проблем, който стои пред здравеопазването в малките общини.

### ***2.1.4. Липса на капацитет за работа със съвременна медицинско оборудване***

Очертаният вече проблем с липсата и възрастта на лекарите и медицинските специалисти води до друг проблем, а именно липса на квалификация

за работа на медиците със съвременно медицинско оборудване. Дори и при възникване на възможност общините да набавят и финансират закупуването на съвременно медицинско оборудване, няма лекари и специалисти, които да работят с него в полза на гражданите на малките общини.

Така очертаният проблем е функция от проблема с липсата на млади лекари и медицински специалисти и решаването му също ще бъде функция от разрешаването на проблема с кадровото обезпечаване в здравеопазването в малките общини.

#### **2.1.5. Затруднен достъп на хората от малките населени места до лекарска помощ**

Във всяка от четирите общини има населени места, които са отдалечени на повече от 20 км. от общинския си център, с над 50 км. от областния център Добрич и с повече от 100 км. от регионалния център гр.Варна. Хората, които живеят в тези села изпитват трудности да посетят личния си лекар, който обичайно има кабинет в друго населено място. Още по-голям е проблемът с достъпа до лекар специалист. Гражданите на Общините Генерал Тошево и Тервел имат достъп до специализирана лекарска помощ веднъж седмично, в общинския център. Жителите на община Крушари нямат тази възможност, за всеки преглед при специалист те трябва да посещават областния център гр.Добрич. Жителите на Община Шабла, която е на 60 км. от Добрич имат избор да посетят лекари – специалисти, които работят в болницата в гр.Каварна или същите или други специалисти в кабинетите им в гр.Добрич или гр.Варна. Затрудненият достъп до специалисти прави посещението при тях инцидентно, тогава, когато то е неизбежно. Гражданите нямат възможност за профилактични прегледи.

### **5. Практики на обслегваните общини за справяне с проблемите**

Малките общини, в частност четирите обследвани такива предприемат различни действия, за да преодолеят част от проблемите, които стоят пред здравеопазването в тях.

- 1) Общините Генерал Тошево и Тервел са разработили, респ. общинските им съвети са приели наредби за осигуряване на стипендии на студенти от съответната община. Наредбите предвиждат за целия период на обучение на студенти по специалности, от които общината има нужда, сред които са всички медицински специалности (за квалификация „лекар“ или „медицински специалист“), на учащите се да бъде изплащана месечна стипендия от бюджета на съответната община. Наредбата предвижда ангажимент на студента, който е бил подпомогнат от общината, да работи по специалността си на територията на общината за най-малко 3 години след дипломирането си.

Към настоящия момент Община Генерал Тошево е сключила договор за изплащане на ежемесечна стипендия за издръжка на две студентки, които се обучават за придобиване на квалификация по специалността „медицинска сестра“. Община Тервел е сключила договор за издръжка на студентка по специалността „медицинска химия“, която позволява след завършването си обучаемият да работи в клиничната лаборатория на медицинския център, с една студентка по специалността „медицинска сестра“ и очаква да сключи договор с новоприет студент по специалността „рентгенов лаборант“.

Община Тервел е обзавела и оборудвала в едно от отделенията на бившата МБАЛ в Тервел жилищна зона с десет места за живеене и в момента там е настанено лице с квалификация „фелдшер“, което работи във филиала на центъра за спешна медицинска помощ в града.

- 2) Отново общините Генерал Тошево и Тервел са разработили и кандидатствали пред ОПРР с проекти, чрез които са реструктурирали многопрофилните си болници за активно лечение, които са били с много задължения, с малко пациенти и определено неефективна работа, в медицински центрове. Новите лечебни заведения са организирани върху по-малка площ от сградите на двете болници, в отделни крила, оптимизиран е отопляемият обем. Основно са ремонтирани усвоените помещения, закупено и монтирано е ново медицинско оборудване, обучен е персонал за работа с него, закупен е специализиран автомобил тип „линейка“, която да обслужва само дейностите на медицинските центрове.
- 3) Общините са предприели различни действия за извършване и финансиране на ремонти на различни заведения за извънболнична помощ. В Община Тервел със средства от капиталовите разходи на общината в периода 2014-2021 г. в четири села от общината са изградени четири медицински сектора, които представляват обособени части от изградени с проекти към стратегиите за водено от общностите местно развитие центрове за социални услуги. Всеки такъв самостоятелен медицински сектор включва: лекарски кабинет, зъболекарски кабинет, манипулационна, чакалня за пациенти и самостоятелен санитарен възел с две клетки и умивалня. Всички , четири общини са извършвали ежегодно ремонти на лекарски кабинети на лекари, които работят в селата от общината. Община Тервел е реализирала и проект по „Красива България“, чрез който е разширила дейността на физиотерапевтичния сектор към медицинския център.
- 4) Общините Тервел и Генерал Тошево са ползвали закупените по проектите за реструктуриране медицинско оборудване оборудване и транспортни средства, както и лекарите със специалност, наети за работа в медицинските центрове и са организирани мобилни групи за прегледи на населението в селата от общината. Пренасяни и ползвани за такива

- прегледи са ехографи и кардиографи.
- 5) Медицинските центрове в общините Тервел и Генерал Тошево са участвали в проекти на фондация „Св. Николай Чудотворец“ гр. Добрич, която е финансирала профилактични прегледи и изследвания на здравно неосигурени лица от селата в общините Тервел, Генерал Тошево и Крушари.
  - 6) Медицинските центрове в общините Тервел и Генерал Тошево са участвали в проекти на фондация „Америка за България“, като са получили средства за работно облекло, дезинфектанти и консумативи за справяне с кризата, предизвикана от COVID-19.
  - 7) Медицинските центрове в общините Тервел и Генерал Тошево са участвали в проекти по национални програми, администрирани от Регионална здравна инспекция Добрич, като са организирали профилактични кардиологични прегледи на населението от малки населени места извън общинските центрове;
  - 8) Медицински център Тервел е участвал в общинска програма за превенция на карцином на млечната жлеза, като е организиран прегледи с мамограф на 250 жени от целева група в община Тервел.
  - 9) Общините Тервел и Генерал Тошево осигуряват разчитат в проектите си за бюджет ежегодно субсидия за единствените медицински центрове на териториите си ( техните активи са 100% собственост на съответната община), като тези субсидии покриват превишението на разходите над приходите на лечебните заведения. Прави впечатление, че финансирането от община Тервел в обема от приходи, получени от Медицински център Тервел през последните пет години се движи в диапазона 49-55%. Въпреки, че абсолютната стойност на приходите от дейност, разплатени от НЗОК и тези от платени услуги на населението нараства с всяка следваща година, очевидно е, че със същия темп нарастват и разходите на лечебното заведение, което води до увеличаване на абсолютната стойност на субсидията от бюджета на Община Тервел.
  - 10) Община Тервел е предприела действия, чрез които да получи от централната власт сграда, която е била държавна собственост. Сградата се намира в центъра на град Тервел, не се е поддържала от Висшия съдебен съвет, чиято собственост е била и е започнала да се руши. Общината предприема мерки да придобие сградата, което е станало факт с Решение на Министерски съвет № 888/ 04.12.2020 г. След като придобива сградата, общината възлага техническо и конструктивно обследване на същата с цел да получи уверение, че придобитата от държавата сграда може да се преобразува в сграда с общински жилища. Необходимостта от общински жилища произтича от потребностите на общината да привлече млади специалисти, които да работят в публичните услуги в

здравеопазването, като акцент в тези публични услуги се поставя върху здравеопазването. Общината планира да изгради модерни жилища в обновена сграда в центъра на града, като тези жилища да бъдат предложени за безвъзмездно ползване от лекари и медицински специалисти, които работят в лечебните заведения в Община Тервел.

- 11) Управителят на Медицински център в гр.Тервел е инициирал създаването, респективно е избран за председател на управителния съвет на Национално сдружение на медицинските центрове от необластните общини. Учредителното събрание на сдружението е проведено на 11 юни 2022 г. в гр. Казанлък. Мотивите на учредителите са свързани с очертаната необходимост лечебните заведения в малките общини, които преимуществено са медицински центрове да имат своето легитимно представителство пред институциите, за да търсят решение на наболелите проблеми пред здравеопазването в малките общини. Основните цели на учредителите, формулирани от местната преса, отразила събитието на учредяването на Националното сдружение на медицинските центрове от необластните общини верифицират твърдението, че най-острият проблем пред здравеопазването в малките общини е липсата на кадри – лекари и медицински специалисти.

#### **4. Приложен проектен подход в обследваните общини**

Конкретни примери за приложен проектен подход в Община Тервел:

**4.1. Проект за реструктуриране на МБАЛ Тервел в медицински център, финансиран по процедура BG161PO001/4.1-05/2011 – Подкрепа за реконструкция/обновяване и оборудване на общински лечебни заведения в общини, извън градските агломерационни ареали на ОПРР 2007-2013 – най-значимият и високобюджетен проект в сферата на общинското здравеопазване, изготвен и представен пред УО на ОПРР 2007-2013 от община Тервел, като проект по същата процедура със сходни характеристики е подготвен и реализиран и от Община Генерал Тошево:**

*1. Наименование на проекта:*

**„Реструктуриране на МБАЛ Тервел в медицински център“**

**Кратко описание на проекта:**чрез изпълнение на строително-монтажни дейности два от съществуващите корпуси на сградата на МБАЛ в гр.Тервел ще се преустроят в помещения за работа на медицински център и ще се изгради достъпна архитектурна среда на преустроената част от сградата.Ще се достави ново медицинско оборудване за всички направления на центъра и нов санитарен автомобил, с който ще се пренася оборудване за осъществяване на прегледи в населените места в общината.В периода на реализиране на проекта, общината ще изпълни две други основни дейности: закриване на МБАЛ Тер-

вел и реструктурирането ѝ в медицински център чрез процедура на вливане на активите на МБАЛ в новорегистрирания медицински център и вписване на процедурата в Търговския регистър; Създаване на местна нормативна уредба и изпълнение на действия за привличане на лекари и медицински специалисти за работа в медицинския център.

## 2. Кратко описание на ситуацията и необходимостта от този проект:

Един от ясно очертаните и задълбочаващи се с времето проблеми в здравеопазването в страната е неравномерния достъп на населението до здравните услуги. Най-общо, по отношение на нивото на достъп на населението до здравни услуги можем да различим пет групи населени места. **Първата група** е населението на столицата София и населените места в Област София. Нивото на достъп за тази група е най-високо. На практика всички специализирани болници имат своя клинична база в столицата. Лекарите–специалисти, които работят в тези клиники обслужват пациенти и в медицински центрове или СИМП. **Втората група** е населението в областните градове, в които са базирани медицински университети – Пловдив, Варна, Плевен, Стара Загора и селата в близост до тези градове. В тези градове остават да работят голяма част от дипломираните лекари, вкл. преподаватели в университетите, в резултат на което обезпечеността с лекари по различни специалности е много добра. **Третата група** от населението е тази, която живее в и около градове областни центрове, в които няма медицински университети. Такива са всички областни центрове с изключение на Пловдив, Варна, Плевен и Стара Загора. Този тип градове изпитват недостиг от лекари-специалисти по определени специалности (пулмолози, нефролози, рентгенолози и др.), както и на специалисти клинични и рентгенови лаборанти, акушерки и дори медицински сестри. Това ограничава възможностите на лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ, респ. достъпа на населението до здравни услуги. **Четвъртата група** населени места са градовете, които са общински центрове, без да са областни такива. В тези градове обичайно функционират многопрофилни общински болници, които изпитват хронична липса на лекари и медицински персонал, предлагат ограничени по вид и обем медицински услуги и генерират големи финансови загуби. Тези болници се превръщат в огромни проблеми за общините, които се опитват да покриват загубите на лечебните заведения, за да ги запазят и да не ограничат достъпа на населението си до предлаганите от тях здравни услуги. Тенденция е в такъв тип болници да работят активно секторите, свързани с диагностицирането и долекуването, които обичайно нямат алтернатива в малките общини – рентгенов сектор, медико-диагностична лаборатория, физиотерапевтичен сектор. Стационарите не са в състояние да предложат хоспитализиране на пациенти при добри условия и при достатъчно покритие от лекари със специалности и пациентите биват пренасочвани

към хоспитализиране в многопрофилни болници в областните градове. Така МБАЛ в малките общини функционират ефективно само в частта си, съвпадаща по функции с лечебните заведения за извънболнична помощ, сред които са и медицинските центрове. **Петата група** населени места са селата в границите на малките общини. Населението в тях има изключително ограничен достъп до здравни услуги. Личните лекари посещават по график тези села или приемат пациенти от тях в съседни села или в общинския център. Затруднения достъп до общопрактикуващите лекари предполага още по-труден достъп до здравни услуги от лекари специалисти или болници.

Очевидно най-затруднен е достъпът до здравни услуги за населението в малките общини. От една страна, тези малки общини трябва да отговорят на очакванията на своите граждани и да им осигурят по-добър достъп до надеждна диагностика и лечение, а от друга – същите общини трябва да отделят средства от своите оскъдни бюджети, за да компенсират загубите на общинските болници, чиито стационари работят неефективно, не осигуряват качествено лечение на населението и имат разходи, надвишаващи приходите по клинични пътеки. Този ясно очертан проблем, екстрапулиран за една от малките български общини, а именно община Тервел, намира решение чрез реализиране на проект за реструктуриране на МБАЛ Тервел в медицински център. Медицинският център ще запази работещите и доказали необходимостта си звена, а именно медико-диагностичната лаборатория, рентгеновия сектор и сектора за образна диагностика и физиотерапевтичният сектор. Паралелно с това проектът ще даде решение за:

- обновяване на оборудването в тези работещи звена;
- в закупуването на оборудване и санитарен автомобил, чрез които да се осигуряват мобилни прегледи от лекари специалисти в селата от общината;
- извършване на строителни работи за обновяване и осигуряване на достъпна среда на сградния фонд- обособена част от сградата на МБАЛ Тервел, в който ще бъде устроена работата на медицинския център.

Информацията за проблема с неефективната работа на общинските болници в малките общини е събрана от публикувани от тези общини данни за техните бюджети и отчети за изпълнението на бюджетите. Конкретни данни за проблема и неговото решение чрез реализиране на проект за реструктуриране на МБАЛ в медицински център в Община Тервел са получени и чрез среща с кметския екип на общината.

Пряко засегнати от проблема и решението му чрез реализиране на проекта са:

- Населението на община Тервел, живеещо в гр. Тервел и 23 населени места – 15800 души. След подходяща информационна кампания, населението

показва положително отношение към реструктурирането на лечебното заведение;

- Община Тервел и Общински съвет Тервел. След предварителни обсъждания и разглеждане на информация за работата на МБАЛ Тервел в общинския съвет, както и след представяне на проекта за реструктурирането на МБАЛ, у общинския съвет се наблюдава преобладаващо положително отношение към реструктурирането на МБАЛ Тервел;
- Лекарите и медицински специалисти, живущи в община Тервел. След среща с лекарите и медицинските специалисти, работещи в МБАЛ Тервел и разясняване на обстоятелството, че целият екип на МБАЛ, който е в трудоспособна възраст ще запази своите работни места в медицинския център, отношението на тази засегната група от лица към проекта е преобладаващо положително;
- РЗИ Добрич и РЗОК Добрич – проведени са работни срещи между ръководствата на Община Тервел и тези две институции, при което е изразено положително отношение към проекта от тяхна страна.

### 3. Цел и подцели

**Цел на проекта:** Подобряване на възможностите на населението на Община Тервел за достъп до профилактика, ранна диагностика, лечение и долекуване чрез физиотерапия в лечебно заведение за извънболнична помощ, предлагащо качествени здравни услуги.

#### *Подцели на проектното предложение:*

1) Да се подобри, обнови и модернизира здравната инфраструктура в Община Тервел посредством доставка и пускане в експлоатация на специализирано оборудване за диагностика, лечение и долекуване чрез физиотерапевтични процедури в Медицински център Тервел ЕООД;

2) Да се приведат помещенията за инсталация на закупената по проекта апаратура и оборудване към изискванията на производителите, медицинските стандарти и действащата нормативна уредба, както и да се осигури достъпна архитектурна среда посредством проектиране и изпълнение на строително-ремонтни работи за обособена част от сградата на бивша МБАЛ Тервел (корпус 1);

3) Да се обособят чрез преустройство и обновяване на съществуващи помещения в бившата болнична сграда в гр.Тервел направления на Медицински център Тервел, съответстващи както на необходимостта на населението от профилактика, диагностика, лечение и долекуване, така и на обезпечеността на района с лекари и медицински специалисти.



#### 4. Целева група и бенефициенти

Какви са организациите, институциите, групите или индивидите, които ще бъдат включени в проекта? Кой и колко са директните и индиректните бенефициенти на проекта? Какво участие ще вземат в него?

Директните бенефициенти се дефинират както следва:

- Пациенти на медицински център в гр. Тервел – приблизително 12 000 здравно осигурени лица и около 3000 лица без здравни осигуровки, в т.ч.:
- Пациенти, нуждаещи се от специализирано наблюдение, изследвания и продължителни грижи- застаряващо население, хора с т.нар.хронични заболявания, рискови групи и диспансеризирани пациенти – около 6000 души в Община Тервел;
- Персоналът на лечебното заведение медицински център – лекари-специалисти и специалисти по здравни грижи във всички направления на центъра-клинична лаборатория, рентген и образна диагностика, кабинети по различни специалности, физиотерапевтичен сектор, сектор „еднодневна хирургия“ – 20 души;
- Семейства и близки на пациентите на медицинския център – 90 % от населението на общината

Индиректните бенефициенти са:

- Населението на община Тервел – 15 800 души;
- Институциите, контролиращи или имащи отношение към работата на медицинския център в гр.Тервел – лични лекари, медицински лица в училищно и детско здравеопазване, общинска администрация и общински съвет на Община Тервел, Районна здравна инспекция, Регионална здравноосигурителна каса;
- Фирми и лица , предоставящи услуги и доставки, свързани с медицинско оборудване и софтуеър за работа на медицинския център

#### 5. Подход на проекта

Ангажиране на други заинтересовани страни в изпълнението на проекта

Проектът ще бъде организиран и управляван чрез екип за управление на проекта (ЕУП), включващ ръководител, координатор, технически сътрудник и счетоводител. Всички експерти в ЕУП са служители на Община Тервел, със съответния професионален опит и компетентности. Допълнително в дейностите по възлагане на обществените поръчки ще бъде ангажиран и специалист по обществени поръчки от Община Тервел.Членовете на ЕУП познават добре и са участвали в разрешаване на различни проблеми, свързани с неефективната работа на МБАЛ, както и в създаването на концепция и подготовката за кандидатстване с настоящия проект. Членовете на ЕУП подпомагат общинското ръководство за разрешаване на казуси и извършване на реформи във всички

аспекти на дейността на общината. Те са ангажирани с политиките за развитие на общината и имат необходимата квалификация, за да управляват бъдещи проекти на Община Тервел в различни сфери на дейност, така както са управлявали успешно предходни такива.

Ще се използват:

**1. Организационно-управленски метод**, включващ: координация и администриране на задачите от ръководителя на ЕУП, вътрешна координация на екипа и преглед на договорните процедури; подготовка, договаряне, управление и контрол на сключените по проекта договори с изпълнители.

**2. Метод за мониторинг, докладване и контрол**, включващ: превантивен контрол чрез извършване на строителен и авторски надзор, които се осъществява по време на изпълнение на СМР и завършва с изготвяне на технически паспорти, констативен акт, окончателен доклад и удостоверение за въвеждане в експлоатация на обектите на интервенция и съответното оборудване; Вътрешен мониторинг и оценка, които включват наблюдение, отчитане и анализ на резултатите от изпълнение на дейностите по проекта; Осъществяване на независим одит на разходите по проекта в съответствие със Закона за независимия финансов одит-проверка за законосъобразност, целесъобразност и съответствие с ДБФП и правилата за работа на съответната финансираща програма; Наблюдение и докладване чрез изготвяне на междинни и окончателни технически и финансови отчети за напредъка на дейностите по проекта.

**3. Метод на проверка и верифициране:** Община Тервел, в качеството ѝ на бенефициент по проекта е задължена да извършва първо ниво на проверка и верифициране за удостоверяване на извършените дейности от изпълнителите. Всяка проверка се документира чрез съответен доклад или паметна записка.

**4. Методи за публичност и прозрачност:** Те включват способности за осигуряване на обективност, достоверност, достъпност и изчерпателност на информацията, както и методи за комуникация с различните заинтересовани от проекта страни и надеждни способности за отразяване на приноса на ЕС за дейностите по проекта.

## 6. Финансово разпределение

Таблица № 3

Обща стойност на проекта	Стойност на търсеното финансиране	Стойност на собствения принос (мин. 15 % от общата ст. на проекта)
1 440 000 лв., в т.ч за: - СМР – 440 000 лв.; - Проектиране и авторски надзор – 8400 лв; - Строителен надзор – 6000 лв.; - Оборудване – 934 000 лв.; - Закупуване на санитарен автомобил – 36 000 лв.; - Публичност на проекта – 3600 лв.; - Управление на проекта – 12 000 лв.	1 224 000 лв.	216 000 лв.

## 7. Времени график

Таблица № 4

Деятност	Месец											
	Месец 1	Месец 2	Месец 3	Месец 4	Месец 5	Месец 6	Месец 7	Месец 8	Месец 9	Месец 10	Месец 11	Месец 12
Изготвяне на технически проект и авторски надзор	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Изпълнение на СМР								■	■	■		
Строителен надзор								■	■	■	■	
Закупуване на медицинско оборудване									■	■	■	
Закупуване на санитарен автомобил					■	■	■					
Публичност и визуализация на проекта	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Организация и управление на проекта	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

## 8. Очаквани резултати

Таблица № 5

№	Индикатор за резултат	Източник за верифициране на информацията за постигане на резултата
1	Подобрен инфраструктура за здравеопазване – 1100 кв.м.	Регистър за общинска собственост на Община Тервел
2	Брой пациенти, облагодетелствани от подобрената здравна инфраструктура и от закупеното медицинско оборудване и санитарен автомобил – 12 000 души годишно	Регистър за пациенти на медицинския център
3	Брой предлагани нови за територията на Община Тервел медицински услуги – 7 бр.	Отчет за дейността на Медицински център Тервел пред общински съвет
4	Брой медицински услуги с подобрена материална база в резултат на проекта, предлагани от медицински център Тервел – 16 бр.	Отчет за дейността на Медицински център Тервел пред общински съвет

## 9. Рискове

Таблица № 6

Описание на риска	Мерки за овладяване на риска
<i>Вътрешен риск</i> , свързан с управление на проекта: Лоша координация между общината в качеството ѝ на бенефициент, изпълнители на дейности по проекта, управляващия (договарящия) орган и засегнатите институции и лица	Формиране на екип за управление на проекта, съставен от експерти от структурата на община Тервел, притежаващи необходимата експертиза в процедурите по възлагане на обществени поръчки и останалите дейности по проекта и същевременно с това, познаващи добре особеностите на общината, населените места и населението в нея, както и с опит в работата с организации и лица, свързани с проекта (РЗИ, лични лекари, медици и др.)
<i>Външен риск</i> , свързан с динамика в цените на строителни материали и енергоносители – военни конфликти, политическа нестабилност и др. непредвидими обстоятелства	Възлагане на обществени поръчки с обявена прогнозна цена, която не е максимална, разчитане на резерв в общинския бюджет за увеличаване на размера на съфинансирането на проекта, осигурено от бенефициента община Тервел

## 10. Публичност и визуализация на проекта

С оглед повишаване на информираността на обществото за осигуреното финансиране от страна на ЕС, се предвижда изпълнението на дейности за осигуряване на публичност, които ще се извършат в периода между подписване на договор за безвъзмездна финансова помощ (ДФП) с Договарящия орган до окончателното изпълнение на дейностите по проекта.

- 1) След подписване на ДФП ще бъде организирано публично събитие за представяне на целите, дейностите и очакваните резултати от проекта, като в това събитие ще вземат участие представители на Общинска администрация Тервел, медицински работници от практики на

- общопрактикуващите лекари, от училищното здравеопазване и от бившата МБАЛ, представители на медии и граждани;
- 2) В регионален вестник последователно и в съответствие с реализацията на проектните дейности, ще бъдат публикувани четири броя публикации, подготвени от екипа за управление на проекта и илюстрирани с подходящ снимков материал;
  - 3) По време на изпълнение на строително-монтажните дейности ще се постави билборд;
  - 4) За оповестяване на постигнатите резултати от проекта, непосредствено преди неговото приключване, ще бъде организирано публично събитие, като по време на събитието ще бъде представена и информация за действията, които се предприемат от общинска администрация с цел осигуряване на устойчивост на резултатите от проекта – стратегия за осигуряване с медицински специалисти и лекари, поддръжка на сграден фонд и апаратура, юридически действия за вписване в Търговски регистър на реструктурирането на МБАЛ в медицински център чрез вливане на едното търговско дружество (МБАЛ) в другото – вече регистрираният Медицински център със 100% собственост на капитала на Общински съвет Тервел;
  - 5) След приключване на проекта ще бъде монтирана постоянна обяснителна табела;
  - 6) Ще бъдат отпечатани и поставени информационни стикери на всички единици от медицинското оборудване и на закупения санитарен автомобил;
  - 7) Ще бъдат отпечатани и поставени на видни места в сградата на медицинския център и на общината 50 бр. плакати за популяризиране на резултатите от проекта;
  - 8) Ще бъдат отпечатани и разпространени с броевете на общински вестник „Тервел“ 500 броя флайери, представящи постигнатите резултати по проекта.

Изработването на всички материали за осигуряване на публичност и провеждането на публичните събития по проекта ще бъдат съобразени с изискванията на Единния наръчник за публичност по проекти, финансирани от ЕС.

## 11. Устойчивост

Медицински център Тервел е единствено лечебно заведение в системата на общинското здравеопазване. На територията на общината не функционират лечебни заведения с частна форма на собственост, с изключение на седем практики на общопрактикуващи лекари, които обхващат населението от всички 24 населени места в общината. Все още в общината има голям брой здравно неосигурени лица – предимно дългосрочно безработни. Липсват ле-

кари и медицински специалисти в трудоспособна възраст, които да заменят работещите в сферата на здравеопазването специалисти в пенсионна възраст. В съответствие с изброените особености на Община Тервел в контекста на здравеопазването, устойчивостта на резултатите от реализирането на проект „Преструктуриране на МБАЛ Тервел в медицински център“ може да бъде разгледана в следните аспекти:

- 1) По отношение на инвестициите по проекта – Общински съвет Тервел е собственик на 100% от капитала на МЦ Тервел, вкл. сграда, оборудване и транспортни средства. Изброените дълготрайни активи са апортирани в капитала на лечебното заведение, тъй като то представлява общинско предприятие по смисъла на Закона за местното самоуправление и местната администрация. Община Тервел разчита ежегодно в бюджета си средства за текуща поддръжка на активите си, вкл. и на тези, апортирани в капитала на общинското предприятие медицински център. Общината управлява и звено за текущи ремонти в структурата на общината, което има капацитета да поддържа сградите, ползвани за общинските дейности в изправност;
- 2) По отношение на обезпечаване на работата на медицинския център с лекари и медицински специалисти – община Тервел разработи проект за наредба за осигуряване на ежемесечни стипендии за сметка на общинския бюджет за студенти, които избират да се квалифицират по специалности в сферата на медицината;
- 3) Общината придоби от държавата сграда в центъра на град Тервел, за която се предприемат мерки да бъде преустроена в сграда за общински жилища, част от които да бъдат предоставени безвъзмездно за ползване от медицински специалисти, които ще работят в медицински център Тервел;
- 4) Община Тервел разработи система за заплащане на лекари по различни специалности, които ще работят на втори и трети договор с медицински център Тервел (след разрешение от Министерство на здравеопазването за лекари от липсващите на територията на общината специалности). Чрез тази система се очаква да се привлекат лекари от необходими за общината медицински специалности, каквито са всички с изключение на специалността „Вътрешни болести“.

Медицински център Тервел ще реализира приходи от дейността си: от здравна каса за извършена дейност, от пациенти за потребителска такса, за прегледи от специалисти без направление от лекар и за манипулации, от договори за трудова медицина, от проекти с външно финансиране на здравно неосигурени лица. Приходите, които ще реализира центъра са в по-малък размер от разходите му (за възнаграждения на персонала, за горива и енергия, за абонаментно поддържане на оборудването, за консумативи и материали).

Общината ще осигурява ежегодно дофинансиране за работата на центъра със средства от общинския бюджет. Медицинският център няма да генерира печалба от дейността си.

## 12. Индикатори за успех

Чрез реализирането на проекта ще се постигне създаването на **нов за района на Община Тервел тип медицински продукт**, предлаган от медицинския център и включващ комплексен подход към пациентите, обхващащ: високоефективна ранна диагностика, качествени методи за изследване, даващи необходимата информация за навременна диагностика, контрол на динамиката на болестния процес и на ефекта от лечението, ефективна профилактика, както и оценка на степента на възстановяване на здравето и трудоспособността, адекватно и навременно лечение и наблюдение от лекари-специалисти, образна диагностика, вкл. и на млечна жлеза с новозакупен по проекта мамограф, диспансерно наблюдение на хипертонично заболяване от кардиолог, реализиране на програми „Детско здравеопазване“ и „Майчино здравеопазване“, извършване на манипулации от типа „Еднодневна хирургия“, участие в проекти с външно финансиране за повишаване на информираността на уязвими групи за различни социалнозначими заболявания и за семейно планиране.

В общинска администрация и в медицинския център **ще бъде изграден капацитет** за управление и надграждане на ресурсите за предоставяне на здравни услуги за населението.

## 13. Повишаване капацитета на кандидата

Подготовката за кандидатстване с настоящия проект доведе до придобиване на опит на експерти от община Тервел в сферата на нормативната уредба на здравеопазването. Проучени бяха специфични наредби и казуси, свързани с взаимодействието между различните страни в българското здравеопазване – лични лекари, медицински центрове, специализирани практики на лекари, многопрофилни и специализирани болници. Проучването имаше за цел създаване на работеща и ефективна система на взаимодействие между различните заинтересовани страни, която да доведе до сполучлив модел на работа на медицинския център. Такъв, който да осигури добро качество на здравния продукт, предлаган от медицинския център от една страна, а от друга – да осигури достатъчни по обем приходи от дейност, така че дофинансирането на работата на центъра от общината да е съразмерно спрямо общинския бюджет.

**4.2. Проект „Преустройство на физиотерапевтичен сектор от Медицински център ПИ 930, кв. 501, гр.Тервел“, финансиран от Проект «Красива България» през 2020 г.**

## **1. Актуално състояние на обекта, налагащо финансиране на СМР:**

Сектор „Физиотерапия“ е част от Медицински център – Тервел. Медицинският център е собственост на община Тервел, заемащ част от сградата на закрита общинска болница в гр. Тервел и е единствено лечебно заведение за извънболнична помощ, функциониращо на територията на община Тервел. В него са устроени кабинети на лекари – специалисти, работещи в медицинския център, сектор по образна диагностика, медицинска лаборатория и сектор за физиотерапия. Сградата, в която се помещава медицинският център е обект на общинска собственост. В сектор „Физиотерапия“ са оборудвани и работят кабинети за терапия с лазер и нискочестотни токове, както и помещение за работа с пациенти с проблеми на опорно-двигателния апарат. Услугите, предлагани в сектора се ползват от пациенти от всички населени места в общината – общо 22 села и общински център – гр.Тервел. Работата с пациентите е организирана в част от помещенията на сектора – ремонтирани и оборудвани от община Тервел. Съгласувано със завеждащия сектора лекар-физиотерапевт е направено проучване за нуждите на населението от ползване на допълнителни физиотерапевтични процедури и е установена необходимост от организиране на следните нови за района на община Тервел физиотерапевтични процедури: парафинотерапия, терапия с луга, магнито, крио и пресотерапии.

В съседство с работещата част на сектора по физиотерапия и свързани посредством топла връзка с него са разположени свободни, нуждаещи се от преустройство и ремонт помещения на бивше болнично отделение. Тези помещения са обект на интервенция в настоящото проектно предложение, предвиждащо преустройство и ремонт на същите с цел приобщаването им към сектора по физиотерапия. Преустройството обхваща 7 съществуващи помещения, тоалетна и централен коридор, които се трансформират в две помещения за процедури на пациенти, кухня за парафин и луга, съблекалня, санитарен възел, пригоден за ползване и от хора с двигателни проблеми, складове за чисто и употребявано бельо, стая за персонал, коридор със зона за изчакване и почивка и централен коридор (осигуряващ връзка със съществуващия физиотерапевтичен сектор). Общата площ за интервенция по проекта е 160,42 кв.м. Ще се изпълнят следните основни групи СМР: подмяна на фасадна и вътрешна дограма, топлоизолиране на североизточните помещения отвътре, обработка на вътрешните стени с гипсокартон, вкл.преградни стени от гипсокартон, направа на окачен таван в коридора, направа на нова настилка от теракота в новообразуванния санитарен възел, направа на облицовки от фаянс в приложимите части от помещенията, боядисване на стените и таваните с латекс. Проектът включва още изграждане на нови участъци и ремонт на съществуващи такива от съществуващите инсталации за ЕЛ, ВиК и ОВ. Съществуващите подови настилки от мозайка във всички помещения, с изключение на санитарния възел, се запазват в досегашния си вид.



За преустройството е изготвен технически проект по всички приложими части, както и доклад за енергийна ефективност. Издадено е разрешение за строеж (четвърта категория по смисъла на чл. 137, ал.1, т. 4, буква „д“ от ЗУТ.)

Сградата на медицинския център е с осигурена достъпна среда – рампа на входа на сградата и платформа за придвижване между етажите.

Сградата на медицинския център е на три етажа, като секторът за физиотерапия, вкл. и частта за преустройство и приобщаване към него, която ще бъде създадена чрез изпълнение на настоящия проект, е разположен на етаж втори от сградата.

## **2. Финансова рамка на проектното предложение**

**Общ бюджет за проектното предложение с ДДС: 86 060 лева**

- Финансиране от ПКБ с ДДС: 38 727 лева
- Съфинансиране от кандидата с ДДС: 47 333 лева
- Съфинансиране от кандидата – процент от общия бюджет: 55,00% (мин. 50%)

**Стойност за СМР с ДДС: 80 896 лева (съгласно Приложение – КСС)**

### **4.3. Договор № BG05M9OP001-2.018-0022-C03 „Социално-икономическа интеграция на уязвими групи. Интегрирани мерки за подобряване достъпа до образование“ – Компонент 1**

Проектът включва комплекс от дейности, свързани с образование, квалификация, здравни и социални услуги за уязвими малцинствени групи от населението в община Тервел. Дейностите се финансират от две оперативни програми – ОП НОИР – за дейностите, свързани с деца и ученици и ОПРЧР – за дейностите, свързани с пълнолетни лица. (Реализиран е идентичен проект и в Община Шабла).

Дейностите, които имат пряко отношение към здравеопазването и здравния статус на населението са следните:

*Дейност 13: Повишаване информираността относно социалните и здравните права; Насърчаване на семейното планиране.*

Описание:

Организиране на информационни събития в сегрегирани квартали и населени места за разясняване на:

- достъпа до профилактични здравни програми за бременни жени, за новородени, бебета и деца;
- правата на здравноосигурените лица;
- необходимостта от семейно планиране и трудностите за семейството и децата при липса на такова;
- правата и задълженията на лицата, ползващи социални помощи.

Дейността надгражда изпълнявани до момента дейности и политики на община Тервел, разписани в Стратегия за развитие на социалните услуги в община Тервел 2016-2020 и други общински стратегически документи с фокус върху интеграцията на уязвими групи от населението.

Дейността е в съответствие с Актуализираният общински план за интеграция на ромите за периода 2015-2020 г., както и с Актуализираната общинска стратегия за развитие на социалните услуги за периода 2015-2020 г.

#### Начин на изпълнение

Координаторът за дейности по ОПРЧР, съвместно с асоциирания партньор Агенция „Социално подпомагане“ чрез местната Дирекция „Социално подпомагане“ в община Тервел ще идентифицира семейства от населените с роми села Каблешково и Орляк и от кв. „Север“ на град Тервел. Признаците, по които ще се идентифицират семействата, са: такива, в които има млади хора в репродуктивна възраст, бременни жени, новородени и малки деца, хора, които са загубили здравноосигурителни права. Ще се организират по две информационни събития в Тервел и селата Орляк и Каблешково (общо шест информационни събития). По време на информационните събития ще се представи информация за възможностите и ползите от включване в здравни програми за профилактика, работещи на територията на общината, както и за правата и задълженията на лицата, които се подпомагат със различните видове социални помощи. Информацията ще се подготви и представи от медицински специалисти от медицинския център в Тервел (партньор по проекта) и от специалист от Дирекция „Социално подпомагане“ (асоцииран партньор).

Ще се разходват 1940, 00 лв., в т.ч.

1. За провеждане на информационни кампании 1900 лв, в т.ч:

1.1. Възнаграждения за двама медицински специалисти и един социален работник за подготовка и провеждане на шест информационни събития – 1000 лв.

1.2. За консумативи и материали, вкл. подготовка на брошури – 900 лв.

2. За транспорт на експертите до селата Орляк и Каблешково (двукратно), с автомобил – 40 лв.

#### Резултат

60 лица от селата Каблешково и Орляк и от кв. „Север“ на гр. Тервел ще получат информация и ще бъдат мотивирани да се включат в национални програми за промоция на здравето и в начинания на община Тервел за безплатни профилактични прегледи в различни направления. Ще се повиши информираността им относно процеса на социално подпомагане, ще се подобри здравната култура по теми, свързани със семейното планиране.

*Дейност 14: Повишаване на здравната култура*

Описание

Организиране на информационни събития, на които специалисти от „Медицински център – Тервел“ ЕООД (партньор по проекта) ще представят информация за действията, които лицата трябва да предприемат, за да предотвратят заболявания, предизвикани от:

- неправилно отглеждане на новородени, бебета и деца;
- неправилно и непълноценно хранене;
- недобра полова хигиена;
- непознаване на симптомите на значимите и често срещани заболявания.

Дейността ще се изпълнява за първи път на територията на община Тервел.

Дейността е в съответствие с Актуализираният общински план за интеграция на ромите за периода 2015-2020 г., както и с Актуализираната общинска стратегия за развитие на социалните услуги за периода 2015-2020 г.

Начин на изпълнение

Координаторът по проекта за дейностите по ОПРЧР с помощта на кметовете на селата Орляк и Каблешково ще организира информационни събития пред ромските общности в двете села. Информационните събития ще бъдат по три във всяко от двете села и три в град Тервел (общо девет) – едно с фокус върху грижата за бебета и деца, второ – за правилно хранене и често срещани заболявания и трето – за половата хигиена. С методическата помощ на РЗИ Добрич, асоцииран партньор по проекта, ще се подготвят и раздадат тематични брошури.

Ще се разходват 2560 лв., в т.ч. за:

1. За провеждане на информационни кампании 2500 лв, в т.ч:

1.1. Възнаграждения за трима медицински специалисти за подготовка и провеждане на девет информационни събития – 1300 лв.

1.2. За консумативи и материали, вкл. подготовка на брошури с методическата помощ на РЗИ Добрич, асоцииран партньор по проекта– 1200 лв.

2. За транспорт на експертите до селата Орляк и Каблешково (трикратно), с автомобил – 60 лв.

Резултат

60 лица от ромски произход от селата Каблешково, Орляк и сегрегирания ромски квартал “Север” на гр.Тервел ще получат знания по проблеми, свързани със здравето на бебета, деца и възрастни, което ще рефлектира върху повишаване качеството на живота на семействата им.

*Дейност № 12: Подобряване достъпа до и предоставяне на качествени социални и здравни услуги, в т.ч. интегрирани междусекторни услуги, съгласно специфичните потребности на целевата група*

#### Описание

- работа на звеното за социални услуги в община Тервел със здравните медиатори и неформалните лидери на ромските общности за идентифициране на лица от целевите групи, които имат потребност от социални и здравни услуги;
- информиране на идентифицираните нуждаещи се от социални и здравни услуги лица и техните семейства за възможностите, които имат за ползване на социални услуги и насочване към подходящата услуга
- оказване на съдействие за включване и ползване на предоставяни от община Тервел и нейните звена социални и здравни услуги, наблюдение и анализ на ефекта от услугите върху ползвателите от уязвимите етнически групи.

Дейността надгражда изпълнявани до момента дейности и политики на община Тервел, разписани в Стратегия за развитие на социалните услуги в община Тервел 2016-2020. и други общински стратегически документи с фокус върху интеграцията на уязвими групи от населението.

Дейността е в съответствие с Актуализираният общински план за интеграция на ромите за периода 2015-2020 г., както и с Актуализираната общинска стратегия за развитие на социалните услуги за периода 2015-2020 г.

#### ***Начин на изпълнение***

Координаторът за дейности по ОПРЧР, съвместно с асоциирания партньор Агенция „Социално подпомагане“ чрез местната Дирекция „Социално подпомагане“ в община Тервел ще идентифицира семейства от населеното с роми село Каблешково и от кв. „Север“ на град Тервел. Признакът, по който ще се извършва идентифицирането е „необходимост от социални услуги, предлагани в община Тервел“. Асоциираният партньор ще уведоми лицата от идентифицираната група за възможностите, които съществуват за тях под формата на социални услуги и ще насочи лицата към подходящите за тях. Групата от с. Каблешково ще бъде насочвана към центъра за социални услуги в съседното село Нова Камена, а тези от Тервел – към Домашен социален патронаж в гр. Тервел. Партньорът “Сдружение МИГ Тервел-Крушари” ще презентира пред идентифицираните семейства изградените чрез проекти в МИГ Тервел – Крушари центрове за социални услуги в община Тервел – общо 3 броя, като акцент ще бъде поставен на центрoвете в Нова Камена и Тервел, които са най-достъпни за идентифицираните семейства, поради локацията си. Двете звена за социални услуги предлагат мобилни социални услуги и стационарни здравни услуги. Всички включени в социални и здравни услуги потребители от гр. Тервел и с. Каблешково ще бъдат наблюдавани и ще се анализира ефектът от ползването на услугите върху тях и семействата им.

Ще бъдат разходвани 800 лева, в т.ч. за:

1. Разходи за консумативи и материали: 100 лева
2. Проучване и изготвяне на анализ за ефекта от ползваните социални услуги върху потребителите – социален работник от ДСП Тервел – 500 лв.
3. Транспортни разходи от гр. Тервел до с. Каблешково и обратно – 10 пътувания с автомобил за социален работник от ДСП Тервел и координатора за дейностите по ОПРЧР по проекта – 200 лв.

#### Резултат

40 представители на ромската общност от с.Каблешково и от гр. Тервел ще бъдат информирани за възможностите за ползване на социални и здравни услуги, ще се организира ползването на услугите и ще се анализира ефектът върху ползвателите.

**4.4. Съществуват фондове, които финансират нискобюджетни проекти за лечебни заведения, част от които са увеличили обема на дейността си в резултат на реализирането на мерки за предотвратяване на заразяването на населението с вируса на COVID-19 и постковидните симптоми.** Чрез такива способности медицинските центрове в градовете Тервел и Генерал Тошево са финансирали свои нужди от предпазни средства, консумативи и дезинфектанти, извършвали са прегледи на здравнонеосигурени лица и на различни уязвими групи от населението.

### **ТРЕТА ГЛАВА. КОМЕНТАР И АНАЛИЗ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО В ЧЕТИРИТЕ ОБЩИНИ**

Четирите обследвани общини не са хомогенни както по отношение на своите основни характеристики, така и по отношение на здравеопазването и здравните услуги, предлагани на техните територии. Двете по-големи общини – Тервел и Генерал Тошево, имат население от над 10 000 души всяка и общински центрове, които са градове с население над 5 000 души. Другите две общини – Крушари и Генерал Тошево, са малки общини, с население по-малко от 5 000 души и с общински центрове едно село (Крушари) и един малък град (Шабла), всеки с население под 1500 души.

Двете малки общини не изпитват съществени проблеми със здравеопазването си, тъй като то в голяма степен отсъства от техния дневен ред. Общините Шабла и Крушари нямат ангажименти към логистичното и финансовото осигуряване на здравеопазването. Това състояние на местната власт, обаче, не води до липса на проблеми в сферата на здравеопазването за населението. Хората в тези две много малки български общини са лишени от достъп до лекари – специалисти и до спешна помощ на територията, на която живеят. И в двата случая, при възникнали нужди, те трябва да пропътуват разстояние до друга община, за да получат помощ.

Липсата на достъпно здравеопазване е фактор, който в много голяма степен обуславя силните миграционни процеси на населението от много малките общини към градовете, които са областни или регионални центрове. Макар че нямат проблем за решаване в здравеопазването, тези много малки общини са големият губещ от липсата му. На този етап на развитие на страната, когато недостигът на кадри в лечебните заведения вече е проблем и в голяма част от областните градове (за района на Североизточна България, в който се намират четирите обследвани общини, такива проблеми има в градовете Добрич и Силистра), не може да се счита за реалистично, че много малките общини тепърва ще изградят мрежа от лечебни заведения. За този вид общини, обаче, е от първостепенно значение да осигурят лекари, които да продължат работата на амбулаторните практики на личните лекари, които трябва да се пенсионираат, поради пределната си възраст.

Двете по-големи общини, Тервел и Генерал Тошево имат съществени проблеми, които трябва да разрешат, за да запазят приемливо ниво на медицинските услуги за своето население и по този начин да поддържат миграционните процеси в рамки, които да предотвратят обезлюдяването на общините. Веднъж осигурили медицински услуги от лични лекари, двете общини са ангажирани в осигуряването на достъп на населението до лекари с различни специалности и до възможности за ползване на медицинска клинична лаборатория и образна диагностика. Логистично този достъп се осигурява от медицинските центрове в двете общини. Тъй като тези медицински центрове са общинска собственост, проблемите, които стоят пред тях са изцяло в дневния ред на общинските ръководства и на общинските съвети. Общините Тервел и Генерал Тошево участват и в разрешаване на проблеми с материалната база на филиалите на централите за спешна медицинска помощ, които работят на техните територии. И тези две общини изтъкват като свой първостепенен проблем в сферата на здравеопазването проблемът с липсата на кадри, функция от който е високата средна възраст на заетите в здравеопазването.

Четирите обследвани общини изтъкват различни проблеми в сектора здравеопазване, всеки от които рефлектира върху нарушен достъп до здравеопазване на населението. С течение на времето, поетапно и чрез различни подходи и източници на финансиране проблемът с лошото състояние на сградния фонд, който е стоял пред малките общини много остро в периода от 2000 до 2010 г., днес в основни линии е разрешен. Ползвани са различни подходи, вкл. и проектен, постигнати са резултати, измерими с количествени индикатори, свързани с площ на обновената инфраструктура. Освен благоустрояването, което е извършено от общините за стопанисваната от тях инфраструктура за здравеопазване, в сградите за медицински дейности са въведени и различни мерки за енергийна ефективност – топлоизолация на външни и вътрешни стени, поставяне на дограма с нискоемисийни стъкла и многокамерни стъклопа-

кети, топлоизолация на тавани и стени, реконструкции на отоплителни системи, монтиране на соларни отоплителни системи за гореща вода.

**Основен проблем, стоящ с еднаква сила за четирите обследвани общини, е проблемът с липса на лекари и медицински специалисти, които да работят в лечебните заведения в техните населени места.**

Изводът, който се налага е, че малките общини, в частност техните органи на управление, намират вътрешни ресурси за частично справяне с проблема, като чрез отпускане на стипендии успяват да привлекат малък брой студенти, обучаващи се по специалности, даващи квалификация на медицински специалисти с договори, в които е поет ангажимент за последваща трудова заетост в лечебни заведения в общината.

Прави впечатление, че решението, което общините намират и ефектът, който очакват за своите системи за здравеопазване, е частичен. Първо, желание да участват в стипендиантските програми на общините е регистрирано само от студенти, които се обучават в медицински специалности, които имат поддържащи за системата функции. Няма студенти по медицина, които да са изразили желание да участват в стипендиантска програма на общините. Липсват и лекари със специалност, които имат желание да работят постоянно в малки общини. Анализът на тази тенденция за липса на млади лекари, а и изобщо на лекари в малките общини е показал, че причините за това са комплексни, като по-ясно отчетливите от тях са:

- В малките общини няма болнични заведения, които да дават възможност за специализация, придобиване на опит и кариерно развитие на лекари;
- Броят на пациентите и случаите в малките общини е ограничен, което лимитира възможностите за приходи от работата на лекарите със специалност.

Очевидно е, че за да се прояви положителна тенденция, т.е. да се постигне увеличаване на броя на медицинските специалисти, които желаят да работят в сферата на здравеопазването, както и за да се привлекат лекари, които да решат да устроят свои практики или кабинети в ДКЦ/МЦ в малки общини, следва да се разпишат национални политики, чрез които да се балансират ефектите от изтъкнатите от анализа на състоянието на здравеопазването в четирите обследвани малки общини причини.

Разглеждайки двете основни и формулирани по-горе причини за липса на медицински кадри и лекари причини като мотиви за разписване на национални политики за разрешаване на проблема, могат да се изведат следните насоки, към които трябва да се фокусират бъдещите национални политики:

Таблица 7

Проблем	Насоки
В малките общини няма болнични заведения, които да дават възможност за специализация, придобиване на опит и кариерно развитие на лекари	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Да се предвидят в обучителните програми за лекарски специалности хорариуми за практики в лечебни заведения в малки общини. Основен мотив в полза на тази насока е фактът, че 215 от 265 български общини са от категорията на малките общини. Липсата на такива модули е принос към вече регистрирания в системата на здравеопазването дисбаланс, а именно лекарите със специалност и медицинските специалисти да се концентрират в 50 големи общини в България и най-вече в столицата и градовете, в които има медицински университети. В този много малък брой (по-малко от 10 общини) не изпитват недостиг на кадри, лечебните заведения имат възможността да наемат специалисти чрез конкурсен подход, за сметка на липсата на лекари в малките общини;</li> <li>- Да се разработи и приложи система за диференцирано заплащане на лекарите и медицинските специалисти в страната, като доброто заплащане, което се дължи на големия обем работа по клинични пътеки в големите болници, се компенсира с нормативни доплати към възнагражденията на медицинските кадри в малките общини.</li> </ul>
Броят на пациентите и случаите в малките общини е ограничен, което лимитира възможностите за приходи от работата на лекарите със специалност	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Да се създаде система за диференцирано заплащане за извършена дейност на лечебните заведения за доболнична помощ, с коефициент, обратно пропорционален на размера на общината, в която съответното заведение функционира;</li> <li>- Да се създаде система за диференцирано заплащане по клинични пътеки на лечебните заведения за болнична помощ, с коефициент, обратно пропорционален на размера на общината, в която съответното заведение функционира.</li> </ul>

Тези насоки не следва да се приложат механично в разписването на национална програма за справяне с проблемите на здравеопазването в малките общини. Необходимо е да се обследва ефектът от мерките в краткосрочен план, за да се премине към разписването на мерки с дълъг времеви хоризонт. Вариант за проучване на ползата от въвеждане на дейностите по горе описаните насоки в национален секторен стратегически документ е утвърждаването на пилотни общини и лечебни заведения, върху които да се измери ефектът от въвеждането на мерки в унисон с насоките.

Целесъобразно е подборът на общините и лечебните заведения, които да бъдат включени в пилотните проекти да бъде извършен на конкурентен принцип, вкл. и чрез прилагане на проектния подход. Този подход е в пряка зависимост с резултатите от прилагането на мерките, най-малкото поради закономерността общинските ръководства и тези на болничните заведения, които имат активна позиция и търсят възможности за решаване на проблемите в здравеопазването, да бъдат способни да постигнат по-добри резултати чрез външен за тях финансов ресурс.



Необходимо е в разписаната програма за прилагане на национална политика за решаване на кадровия проблем в здравеопазването в малките общини да се интегрират:

- реалистична рамка с индикатори;
- период за реализиране на пилотни проекти, който да позволи да се премине през етапи на информираност на общностите от медицински специалности и постигане на активност за включване в пилотните проекти последващ етап за реализиране на мерките, разписани в проектите;
- методи за мониторинг на резултатите;
- дейности, осигуряващи приемственост и надграждане на ефектите от пилотните проекти;
- способности за ангажиране на общините със съпътстващи пилотните проекти дейности (стипендиантски програми за студенти в медицински специалности) или съфинансиране.

Освен насоките, които следва да бъдат развити в национална политика за преодоляване на кадровия проблем в сферата на здравеопазването в малките общини и които са свързани пряко с мерки за увеличаване на равнището на индивидуалните възнаграждения за положителен труд на лекари и медицински специалисти, компонент на национална програма биха могли да бъдат и дейности за осигуряване на жилища за лекари и медицински специалисти в малките общини. Държавата, чрез различните свои структури, а и голяма част от общините разполагат със сграден фонд, който не могат да използват. Обичайно това са недостроени сгради или сгради, които в миналото са обслужвали вече нефункциониращи звена на държавата: военни подразделения, гари, закрити училища, административни сгради, поликлиники, болници или отделни обособени части от тях (корпуси, крила) и др. Тези постройки в по-голямата си част имат здрава стоманенобетонена конструкция и достатъчни обем и площ, така че да бъдат преустроени и да им се присвоят други функции. Голяма част от тези сгради имат и локация, която е удобна, за да бъдат преустроени в сгради с общински жилища. Със сигурност, в случай, че една община работи по своя, финансирана от нея стипендиантска програма, с която привлича ограничен брой студенти в сферата на медицината, ако същата община има възможност да предложи на стипендиантите, в следствие и работещи в лечебните заведения медицински самостоятелни жилища в новоремонтирани сгради, с внедрени мерки за енергийна ефективност, то тази община ще повиши своята привлекателност като място за работа на млади лекари и медицински специалисти. В тази връзка, чрез съфинансиране от републиканския бюджет на малките общини може да бъде оказана помощ за изграждане на общински жилища за лекари и медицински специалисти. Възможността на малките общини да предлагат комплекс от добри условия на кандидатстващите за работа медицински специалисти – хубави жилища и високи възнаграждения, ще бъде

принос за постигане на индикаторите на една национална програма за решаване на кадровия проблем в здравеопазването в малките общини.

С оглед на изложеното до тук, можем да изготвим концепция за изработване и прилагане на Национална програма за преодоляване на кадровия дефицит в здравеопазването в малките общини, която да съдържа следните основни елементи:

**1. Анализ на ситуацията по отношение на човешкия ресурс в здравеопазването в малките общини – основни проблеми, водещи до липсата на кадри в сферата – слаби страни, заплахи, възможности, потребности (SWOT анализ):**

Следва да бъдат обхванати всички 215 малки общини в България, за които да се събере информация за състоянието на здравеопазването в тях. Да се ползват данни от регионалните статистически бюра, от регионалните структури на здравните инспекции и здравната каса, да се обхванат по метода на анкетирането (чрез Националното сдружение на общините в България – НСОРБ) всички кметове или зам.кметове, които да отговорят на еднакви за всички общини, ясно формулирани въпроси. Събраната информация да се обобщи и да послужи за изготвянето на SWOT анализ за състоянието на човешките ресурси в здравеопазването в малките общини.

**2. Анализ на усвоените възможности за подобряване на състоянието на човешкия ресурс в здравеопазването в малките общини, добри практики:**

Да се събере чрез НСОРБ информация за предприетите от общините действия по привличане и задържане на специалисти и лекари в лечебните заведения в малките общини и за резултатите, които всяка от общините, които са предприели действия е успяла да постигне.

**3. Идентифициране на общини за прилагане на пилотен проект при условие на конкурентен подбор между тях – обосновка на избора и представителност на извадката от идентифицирани общини:**

Да се събере информация от Управляващия орган на ОПРР, Държавен Фонд „Земеделие“ в качеството му на управляващ орган на ПРСР, от централното звено на Проект „Красива България“, Фондация „Америка за България“ и други известни донорски програми за основните параметри на реализирани от общини и лечебни заведения проекти за здравеопазването в малките общини и за постигнатите резултати от тези проекти във вид на обективно измерими заложени в съответните проекти индикатори.

От събраната информация да се открият определен брой общини и лечебни заведения с най-активна позиция спрямо усвояването на средства за реализи-

ране на проекти в сферата на здравеопазването. Общините, които се открояват с активността и действията си, да бъдат включени в група потенциални бенефициенти по националната програма за преодоляване на кадровия дефицит в здравеопазването в малките общини. Тези общини потенциални бенефициенти ще имат възможността да разработват проекти по обявената национална програма и да участват в конкурентен подход на проекти по нея.

**4. Предложение за промяна на нормативната уредба, засегната от Националната програма за преодоляване на кадровия дефицит:**

Да се състави работна група от специалисти, която да направи ревизия на законодателството в сферата на здравеопазването в контекста на търсене на възможности за прилагане на националната програма за преодоляване на кадровия дефицит в здравеопазването в малките общини.

**5. Обхват на допустимите по Националната програма дейности:**

- 5.1. Компонент 1: Увеличаване броя на заетите медицински специалисти и лекари в икономически активна възраст;
- 5.2. Компонент 2: Подобряване състоянието на жилищния фонд, предназначен за млади специалисти в сферата на здравеопазването;
- 5.3. Компонент 3: Закупуване на модерно медицинско оборудване и санитарни автомобили за работа на мобилни екипи за достъп до малките населени места;
- 5.4. Компонент 4: Обучения за работа на медицински специалисти с медицинско оборудване.

**6. Допустими разходи;**

**7. Индикатори за резултати от пилотния проект** – брой договори за работа, сключени с лекари; брой договори за работа, сключени с медицински специалисти;

**8. Изисквания за съфинансиране на проектите на общините** – финансов принос и/или дейности, които допълват или надграждат проекта, финансирани със средства от общинските бюджети;

**9. Изисквания за осигуряване на устойчивост на пилотните проекти.**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Основните изводи от изследването са следните:

- Малките общини срещат специфични проблеми в здравеопазването, които проблеми имат различия спрямо спецификата на общините, определена съгласно наличието на лечебни заведения на техните територии;
- Най-съществен за малките общини проблем в здравеопазването е проблемът с липсата на кадри – лекари и медицински специалисти и свързаните с този основен проблем дефицити като: висока средна възраст на работещи-

те в сферата, вкл. и пенсионна такава, липса на квалификация на медиците за работа със съвременно медицинско оборудване;

- Малките общини имат капацитет да прилагат решения за справяне със своя основен проблем в здравеопазването, но липсва цялостна държавна политика и финансиране, които да направят намерените решения работещи и с нужния ефект;
- Необходимо е да се разпише национална програма за преодоляване на кадровия проблем пред здравеопазването в малките общини, като с оглед осигуряване на ефективност от вложените средства по тази програма, да се осигури пилотна схема, в която да се обхванат няколко различни и с различна локация малки общини;
- Резултатите от реализирането на пилотните проекти да послужат за последна ревизия на националната програма, след което да се утвърди времеви хоризонт за работа на програмата;
- Ежегодно в националния бюджет да се разчитат средства за реализиране на програмата, като средствата се осигуряват за сметка на извършена реформа в сектора на здравеопазването и от изпълнение на приходите в републиканския бюджет. Практиката през годините показва, че отделянето на сума от порядъка на 5-6 милиона годишно в бюджета е въпрос на ясно формулиран приоритет, както и че в бюджета има много резерви, които могат да се усвоят чрез подходящи реформи и реструктурирания в различни сектори;
- Да се потърси вариант за малко по обем съфинансиране от общините, реализиращи проекти по националната програма, с което ще се повиши устойчивостта на проектите към нея.

## ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Закон за лечебните заведения – обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.32 от 26 Април 2022г. ;
2. Закон за регионално развитие – Обн. ДВ. бр.50 от 30 Май 2008г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.21 от 13 Март 2020г.;
3. Мерки за кандидатстване по проект „Красива България“ – Кампания 2022 г.;
4. Наредба за отпускане на стипендии на студенти от Община Тервел – 2022 г.;
5. Оперативна програма „Регионално развитие 2007-2013“
6. План за интегрирано развитие на Община Тервел за периода 2021-2027 г.;
7. План за интегрирано развитие на Община Генерал Тошево за периода 2021-2027 г.;
8. План за интегрирано развитие на Община Крушари за периода 2021-2027 г.;
9. План за интегрирано развитие на Община Шабла за периода 2021-2027 г.;
10. Програма за развитие на селските райони 2014-2020;
11. Проект „Реструктуриране на МБАЛ –Тервел в Медицински

- център–формуляр за кандидатстване по процедура BG161PO001/4.1-05/2011-Подкрепа за реконструкция/ обновяване и оборудване на общински лечебни заведения в общини, извън градските агломерационни ареали на ОПРР 2007-2013, Формуляр за кандидатстване- архив на Община Тервел;
12. Списъци на одобрени за финансиране проекти по проект „Красива България“ за 2020, 2021 и 2022 г.

---

## **PROJECT APPROACH IN HEALTH CARE IN SMALL MUNICIPALITIES**

---

**Ivan Tishkov**

**Abstract:** Patients who live in small municipalities and those who are distant from the capital come with advanced diseases, untreated, often with inaccurate diagnoses, made after prolonged treatment in hospital and outpatient care facilities. They report poor access to specialist doctors and modern medical equipment for diagnosis and treatment, many elderly doctors who have difficulty handling medical equipment, or doctors without a specialty who work in hospital wards, and poor living conditions in municipal hospitals.

This points to the thesis that in order to become more efficient for its patients, health care in small municipalities can introduce good practices by implementing separate projects that build on each other in terms of effect.

**Keywords:** poor access, municipal healthcare, project approach

# ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО В ОТДЕЛЕНИЕ ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗ ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА БОЛКАТА

Йорданка Ямакова<sup>1</sup>

*Научен ръководител: д-р Мина Попова*

*Рецензент: гл. ас. д-р Калин Боянов*

**Резюме:** В интензивните отделения качеството на грижите зависи от редица фактори: правилно структурирано звено, обезпечено с медицински кадри и апаратура, правилна организация на дейността, правилен подход при оценка и контрол на болката, инициативи за борба с вътреболничните инфекции. Болката е многоизмерно преживяване, персонализирано за всеки пациент. Разликите в преживяването на болката се влияят от биологичния отговор, психологическото състояние и социалния контекст. Затова стриктната оценка и управление на болката е здравен приоритет.

Защитаваната теза е, че повишаването на качеството в интензивните отделения зависи от прецизната оценка на следоперативната болка и навременното и адекватното ѝ повлияване.

**Ключови думи:** интензивно лечение, оценка на болката, контрол на болката

## ВЪВЕДЕНИЕ

През последните десетилетия има повишен интерес върху **качеството и безопасността в здравеопазването**. Този интерес произтича от повишените изисквания на пациентите, развитието на технологиите и медицинската наука. Друг фактор е различната степен на удовлетвореност на пациентите. Съгласно стандарт ISO 9000:2005 терминът удовлетвореност се дефинира като „Възприятие на клиента до равнището, до което са изпълнени неговите изисквания“. Въпреки широката му използваемост и признаването на неговата важност за подобряване цялостното представяне на едно лечебно заведение, в литературата все още няма единна дефиниция на понятието пациентска удовлетвореност.

---

<sup>1</sup> Доц. д-р Йорданка Ямакова (y\_yamakova@hotmail.com) е завършила медицина в Медицински университет, София. През 2002 г. е придобила специалност „Анестезиология и интензивно лечение“. През 2005 г. след защита на дисертационен труд е придобила научна и образователна степен „доктор“. Доцент е към УСБАЛ по онкология и е началник на Отделение по анестезиология и интензивно лечение. Хоноруван преподавател е към МУ, София.

В интензивните отделения качеството на грижите зависи от редица фактори: правилно структурирано звено, обезпечено с медицински кадри и апаратура, правилна организация на дейността, правилен подход при оценка и контрол на болката, инициативи за борба с вътреболничните инфекции. Намалването на вариациите, придържането към основани на доказателства насоки, усъвършенстването на процесите на наблюдение и отчитането на определени индикатори са от решаващо значение за подобряване на качеството на грижите. Лекарите от интензивните отделения имат широки познания за болничната организация и могат да бъдат лидери в усилията за подобряване на качеството (3).

Болката е многоизмерно преживяване, персонализирано за всеки пациент. Разликите в преживяването на болката се влияят от биологичния отговор, психологическото състояние и социалния контекст. Етиологията на острата следоперативна болка е многофакторна. Хирургическите процедури причиняват нараняване на тъканите. Хирургичното нараняване предизвиква безброй реакции в матрицата на болката, от сенсибилизация на периферните и централните болкови пътища до чувство на страх, тревожност. Въпреки че болката намалява през първите няколко дни след операцията при по-голямата част от пациентите, някои продължават да изпитват болка, като една от причините е недобре лекуваната следоперативна болка. Затова стриктната оценка и управление на болката е здравен приоритет.

*Темата*, която се разглежда в настоящата магистърска теза, е свързана с проблема за повишаване на качеството на медицинското обслужване чрез оценка на следоперативната болка и нейното навременно повлияване.

#### *Актуалност на проблема*

Много силна е връзката подобрене на качеството – контрол на болката, като качеството на оценка и управление на болката в контекста на критично болен пациент е предизвикателство поради високия магнитуд на следоперативната болка и необходимостта от постигането на баланс между добро обезболяване и странични ефекти на използваните медикаменти.

Систематичната оценка на болката с валидирани инструменти е от съществено значение за доброто лечение на болката и може да се използва като индикатор за качество на клиничната практика. За да има добър контрол на болката, трябва да е направено много стриктна оценка. Следоперативното управление на болката значително намалява постоперативните усложнения, времето и разходите за престоя, особено при пациенти с висок риск и пациенти, подложени на висока степен на сложност оперативна интервенция (13).

### **Изследователска цел**

Всички пациенти, постъпили в ОАИЛ след оперативна интервенция от 10.01.2022 г. до 10 март 2022 г. да подлежат на *оценка на изпитваната от тях болка* чрез **СРОТ** на 1<sup>а</sup> час от постъпването и **VAS** на всеки 4 до 6 часа и да се проведе мултимодален подход при обезболяването. Да се прилага допълнително обезболяване при оценка **VAS**  $\geq 5$ . Да се определи качеството на медицинското обслужване чрез определените индикатори и проведената анкета на пациентите с акцент изпитвана болка.

### **Основни задачи**

1. Да се направи преглед на литературата по проблема „качество на медицинското обслужване“ и методи/подходи за подобряване на качеството с фокус интензивните отделения.
2. Да се разгледа проблема с болката в интензивните отделения и начините за оценка и контрол на болката.
3. Да се разгледа връзката *качество – оценка и контрол на болката* в ОАИЛ при УСБАЛО ЕАД
4. Да се определят индикаторите за резултат, процес и балансиращи, които да отчетат дали направените промени, водят до потвърждаване на тезата
5. Да се разработи модел на подобрене, като се приложи PDSA цикъл

### **Изследователска теза**

**Повишаването на качеството в ОАИЛ зависи от прецизната оценка на слепоперативната болка и навременното и адекватното ѝ повлияване.**

### **Методи**

1. Преглед на наличната литература по проблема
2. Индикатори за процес
  - Оценка на болката на първият час от постъпването чрез използване на СРОТ
  - При СРОТ скор  $\geq 3$  се прилага допълнително обезболяване
  - Оценка на болката на всеки 4-6 часа от престоя в ОАИЛ чрез използване на VAS
  - При VAS скор  $\geq 5$  се прилага допълнително обезболяване
3. Индикатори за резултат
  - Регистриран СРОТ скор  $< 3$
  - Регистриран VAS скор  $< 5$
  - Общ сбор точки от проведената анкета  $\geq 14$
4. Балансиращи индикатори



- Инциденти на дихателна депресия, свързана с предозиране на опиоидни аналгетици
- Регистриране на „никога събития“ – повишаване на сърдечната честота и артериалното налягане поради недобре повлияна болка, при изключване на други причини.

*„Ако на пациента му е студено, ако пациентът е с треска, ако пациентът е припаднал, ако е изтощен, въпреки че се е хранил, ако има рани от залежаване, това обикновено е грешка не на болестта, а на медицинските сестри“.*

*Флорънс Найтингейл*

## **ГЛАВА I. ПОДОБРЯВАНЕТО НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ. МЕТОДИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО И ПРИЛАГАНЕ**

В съвременните представи качеството е съвкупност от характеристики на продукцията (услугите), която не само отговаря на технологичните стандарти и на очакванията на пациентите, но и осигурява скритите им потребности от медицинска помощ. Високото качество на медицинското обслужване е гаранция за здравната сигурност на нашето общество.

Широко използвана концепция за качеството е тази на Аведис Донабедиан (1966 г.), който полага основите за оценка на качеството в три насоки: 1) Структура – налични сгради, техника, оборудване, персонал, финансиране, др.; 2) Процеси – достъп до съответното медицинско обслужване (диагностика, лечение, рехабилитация, др.); 3) Резултати – или „изход“ от лечението, т.е. ефектът от дейността върху самия пациент (1). Институтът по медицина, САЩ, също дава своята дефиниция за качеството (1997 г.): „степената, в която предоставените на пациентите и на населението здравни услуги увеличават вероятността за получаване на желания здравен резултат или са съвместими със съвременните професионални практики“

Една от общоприетите формулировки за качество на медицинското обслужване е тази на Американската Медицинска Асоциация (АМА). Според АМА „качеството на медицинската помощ представлява *съвкупност от условията* за нейното извършване *и признаците и свойствата* (характеристиките, параметрите), които притежава като специфичен вид услуга или дейност”.

Съгласно това определение същността на качеството на медицинската помощ представлява нейната полезност, т.е. нейните възможности да допринася определена полза на потребителите като намалява или отстранява техните потребности, произтичащи от промените в здравето им, а съдържанието – съв-

купността от различни по характер и естество свойства и признаци, които генерират тази ползност (Попова, 2016).

### 1. Кратък исторически преглед с акцент концепцията за подобряване на качеството (ПК)

Въпреки че през последните няколко десетилетия има повишен фокус върху безопасността и качеството на медицинското обслужване, загрижеността за качеството на здравните грижи е много стара, както е посочено от предупреждението „Първо, не вреди“.

Флорънс Найтингейл, основоположникът на съвременните сестрински грижи, е събирала записки за своите пациенти, за да оцени въздействието на грижите и е предположила, че познаването на резултатите е от решаващо значение за подобряване на грижите. Разработва теория, според която околната среда и грижите за пациента са по-важни за лечението, отколкото самият болестен процес. Моделът на Nightingale включва следните компоненти: грижи с фокус върху управлението, наблюдението и околната среда (вентилацията, топлина и „здравето на къщите“ (Karim, 2015) (фигура 1).

Codman, един от пионерите в подобряване на качеството в началото на 20-ти век, съобщава за резултатите си при хирургични пациенти и се застъпва за публично докладване на резултатите от лекари и болници. Кодман предлага болниците да събират данни за своите резултати, да идентифицират силни и слаби страни и да сравняват резултатите с други болници.



Фигура 1. Модел на Флорънс Найтингейл за организация на грижите при обслужването на болните (Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015).

Съвременните инициативи за подобряване на качеството отчитат факта, че необяснимите вариации водят до лошо качество, а процесите, които намаляват вариацията и непрекъснатата оценка, водят до подобро качество. Шоухарт и Деминг са привърженици на непрекъснатата оценка на процесите за подобряване на качеството и намаляване на дефектите. Необяснимите вариации в грижите за пациентите се основават повече на пристрастия на лекаря, отколкото на фактори, свързани с пациента. В проучване на лекари по интензивно лечение в университетска болница, Garland et al (5) съобщават за 43% вариация в използването на ресурсите и разходите ( $\approx$  \$1,000) между интензивистите без значителна разлика в смъртността или продължителността на престоя. Различията в предоставянето на грижи затрудняват наблюдението на процесите и резултатите.

Докладът „Да грешеш е човешко“ от Института по медицина (ИМ) в Съединените щати през 1999 г. доведе до повишен акцент върху безопасността и качеството на грижите. Качеството се определя от ИМ като „степеня, до която здравните услуги за индивиди и население увеличават вероятността от желани здравни резултати и са в съответствие с текущите професионални познания. ИМ предлага, че грижите трябва да бъдат безопасни, ефективни, ориентирани към пациента, навременни, ефикасни и справедливи. ИМ съобщава, че един от основните проблеми с качеството е *неправилното използване на ресурсите* и предлага усилия за подобряване на използването на ресурсите, като се съсредоточава върху прекомерната, недостатъчната и злоупотребата с ресурсите. В отговор на докладите на ИМ много институции инициират усилия за подобряване на качеството на грижите (1, 2).

## 2. Инструменти за оценка и подобряване на качеството и тяхното прилагане

### Модел на Донабедиан

Една от важните фигури в областта на оценка на качеството е Донабедиан (Donabedian Q. 1988), който инициира структурата, процеса, парадигмата на резултатите за подобряване на здравеопазването, а Беруик и други прилагат тези принципи към здравните грижи и ръководят усилията за подобряване на качеството на грижите в Съединените американски щати (САЩ).

Моделът на Донабедиан, който е описан на *фигура 2*, е модел за цялостно управление на качеството, което включва в себе си оценка (използване на индикатори за структура, процес и резултат) и е основа за подобряване в системата.

Структурата на интензивно отделение се отнася до типа и размера му, естеството на персонала и наличните технологии. Проблемите с процеса включват комуникация между персонала, използване на наличните технологии и

насоки за специализанти, стажанти и надзор. Резултатите включват използване на ресурси, използване на диагностични и терапевтични процедури и смъртност. Интервенциите, засягащи структурата, отнемат повече време за изпълнение и са по-скъпи, така че първоначално е по-лесно да се насочат процесите на грижа, като се променят според нуждите и се измерват резултатите, засегнати от процеса. Някои измервания на резултата, като продължителност на престоя (LOS), смъртност са лесни за измерване, но се влияят от редица променливи и може да не бъдат лесно приписани на една интервенция (2).



**Фиг. 2.** Модел на Донабедиан, приложим за интензивните отделения (3)

Въпреки, че лекарите приемат подобряването на качеството на грижите като цел, те понякога са скептични по отношение на положените от тях усилия за това и разглеждат участието си в този процес като непродуктивно използване на времето си, а намаляване на вариациите – като намеса в тяхната автономия. Поведението на лекарите се влияе от предложения от уважаван колега или модел за подражание, подходяща подкрепа за развитие на професионални умения, подкрепа от колеги, обратна връзка от пациенти и видими резултати. Лекарите трябва да се съгласят, че процесите, които влияят на клиничната активност, водят до измерими резултати. Обратната връзка и усъвършенстването на процеса въз основа на приноса на клиницистите биха получили подкрепа от персонала на първа линия.

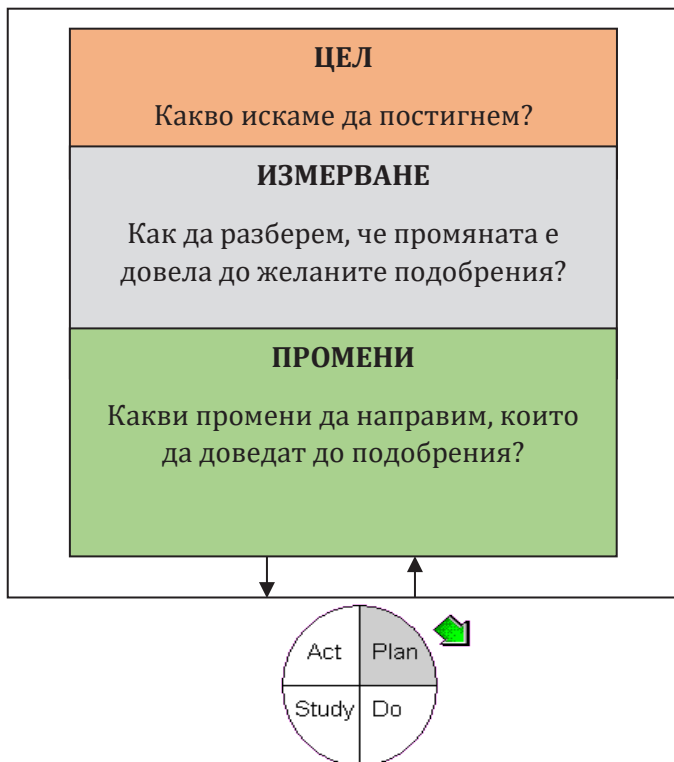
**Лидерите** на лекарите трябва да бъдат признати като добри клиницисти и да са с развити умения за комуникация, да подпомагат изграждане на добри реанимационни екипи, да водят преговори и да разрешават конфликти, да налагат принципи за подобряване на качеството, така че да могат ефективно да прилагат и инициативи в тази област. Лекарите (обикновено ръководителят на отделението/клиника), които се опитват да ръководят усилията за подобряване на качеството, се нуждаят от качествата на добрия лидер. Те трябва да бъдат

предпазливи по отношение на това как взаимодействат с други лекари, защото грешен подход може да доведе до неуспех, въпреки че генерираните промени са ефективни. Тъй като лекарите за интензивно лечение взаимодействат както с колеги от много медицински специалности, така и с администратори, те имат по-добри познания за болничната организация. Това ги прави много подходящи да бъдат лидери в инициативите за подобряване на качеството.

### Модел за подобрене и PDSA цикъл

Един от използваните подходи за подобряване на качеството на медицинското обслужване в хиляди лечебни заведения по света е *Моделът за подобрене, който е разработен от американската Асоциация за подобрения на процесите*<sup>2</sup>.

#### Модел за подобрене



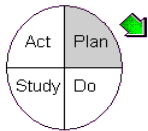

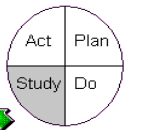
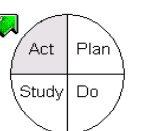
Източник: Institute for Healthcare Improvement, [www.ihl.org](http://www.ihl.org)

<sup>2</sup> Institute for Healthcare Improvement

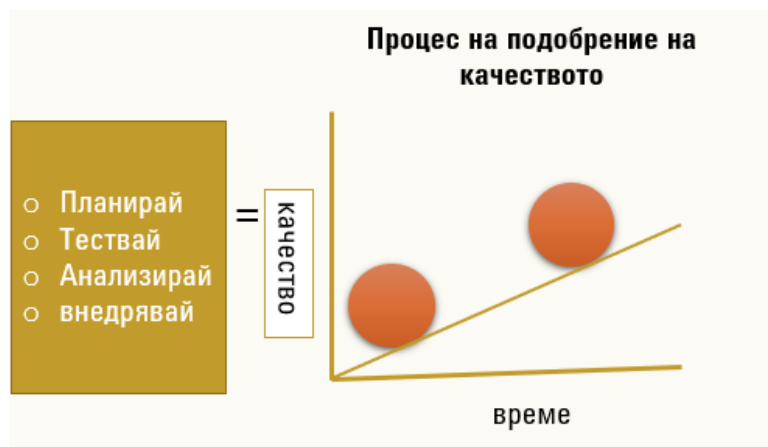
Прилагането на Модела за подобрене е както следва:

1. **Формиране на екип**, който да отговаря за извършване на съответните промени.
2. **Поставяне на цел**, която да е конкретна, измерима, достижима в определено време.
3. **Определяне на индикатори**, чрез които да се прецени дали промените, които се правят, наистина водят до подобрения. Избират се индикатори за процес и резултат.
4. **Определяне на промените**, които предстои да бъдат извършени.
5. **Тестване** – прилагане на цикъла Plan, Do, Study/Check, Act (PDSA) (виж таблицата).
6. **Внедряване на промените** – след като промените са извършени в малък мащаб, събрани са и са анализирани данни, за да се оцени ефикасността и ефективността от внедряването. Обучение на персонала.

В Модела за подобрене (Попова, 2016) се използва цикъла на Е. Деминг **PDSA: Plan (планирай), Do (тествай), Study/Check (анализирай), Act (внедрявай)**:

PLAN / DO / STUDY/CHECK / ACT	
<p><b>PLAN</b></p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Идентифицирай проблем или процес, който искаш да подобриш</li> <li>2. Определи целите си – да бъдат конкретни, измерими, достижими в определено време</li> <li>3. Създай мултидисциплинарен екип</li> <li>4. Определи какво ще измериш</li> <li>5. Определи индикаторите, които ще използваш за измерване</li> </ol>
<p><b>DO</b></p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Извърши дейностите, насочени към подобрения, в малък мащаб</li> <li>2. Обучавай персонала</li> <li>3. Събирай и анализирай данни</li> <li>4. Анализирай ефективността и ефикасността от внедряването</li> </ol>
<p><b>STUDY/CHECK</b></p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анализирай получените резултати от внедряването</li> <li>2. Анализирай грешките, ако са налице такива, и причините за тях</li> </ol>
<p><b>ACT</b></p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внедри дейностите в цялото лечебно заведение</li> <li>2. Документирай</li> <li>3. Комуникарай резултатите</li> <li>4. Периодично контролирай, за да си сигурен, че е налице устойчивост в извършените подобрения</li> </ol>

Подобрието обикновено е постепенно и изисква многократни оценки и усъвършенстване на процесите. В Модела за подобриение се използва цикъла на Е. Деминг PDSA: Plan (планирай), Do (тествай), Study/Check (анализирай), Act (внедрявай). Фигура 3 илюстрира PDSA цикъла:



Фиг. 3. Цикъл на Е. Деминг2

Подобряването на качеството е фокусирано върху преместването на средната стойност по-високо за *всички резултати от даден процес*. Осигуряването на качеството разглежда съответствието спрямо определени стандарти, като се предприемат действия за справяне с резултати, които са под номинални стойности. Този процес има тенденция да бъде отбранителен с фокус върху доставчиците. Докато подобряването на качеството е с проактивен и превантивен характер, като се фокусира върху пациента.

## ГЛАВА II. ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА БОЛКАТА В ИНТЕНЗИВНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Болката е неприятно сетивно и емоционално преживяване, причинено от реално или потенциално нараняване на тъканите (8).

Острата болка е болка, която се появява бързо и може да бъде силна, но продължава сравнително кратко време. **Болката след хирургична интервенция е остра болка**, но когато е лошо контролирана и не може да се овладее за периода на зарастване на тъканите (обикновено 1-2 месеца), става хронична болка. На фиг.4 са представени основните причини и рисковите фактори за преминаването на следоперативната болка в хронична. Процесът е многофакторен и от значение е както самият пациент с неговите придружаващи заболявания и предоперативно състояние, така и интраоперативни (хирургия, анестезия и обезболяване) и следоперативни фактори (продължаваща терапия на

основното заболяване, възможност от покриване потребностите от специални храни и медикаменти, психично състояние) (8).

**Продължителна болка след хирургична интервенция – причини и рискови фактори**



**Фиг. 4.** Рискови фактори за продължаваща следоперативна болка. (Wu CL, Raja SN, 2011) „адювантно лечение – използване на медикаменти, различни от аналгетиците“

Хроничната болка е постоянна или периодична болка, при нея се развиват структурни и функционални нарушения в нервната система (невропатична болка) и пациентът страда от болка, въпреки че често вече липсва директния дразнещ стимул.

Не лекуваната добре болка може да доведе до неблагоприятни последствия:

- Лош сън;
- Ограничена подвижност;
- Отслабване на имунитета/податливост към заболяване;
- Хронична болка;
- Депресия;
- Тревожност;
- Лоша концентрация;
- Нарушени взаимоотношения с близките;
- Повторна хоспитализация;
- По-дълъг болничен престой;
- Повече амбулаторни посещения.



Когато не се прилага подходящо следоперативно обезболяване, могат да се появят неблагоприятни ефекти от страна на дихателната, сърдечно-съдовата система, стомашно-чревния тракт, ендокринната система, както и промени в метаболизма и психиката на пациента. Следоперативната болка, особено когато е лошо контролирана, може да доведе до редица вредни остри (т.е. неблагоприятни физиологични реакции) (Vadivelu et al, 2010) и хронични ефекти (т.е. забавено дългосрочно възстановяване и хронична болка) (Perkins & Kehlet, 2000). Тези промени се свеждат до минимум с прилагането на подходящи видове аналгетични режими (11).

Поради тези причини, управлението на болката е не само хуманен акт и част от грижите за пациентите в интензивно отделение. Адекватният контрол на болката помага за превенцията както на краткосрочната, така и на дългосрочната заболяемост в резултат на физиологичен и психологически стрес, провокиран от самата болка (11). Добре лекуваната болка значително намалява постоперативните усложнения, времето и разходите за престоя, особено при пациенти с висок риск и пациенти, подложени на висока степен на сложност оперативна интервенция. Налага се идеята за разработване на подходи при управление на болката. Разработва се концепцията за аналгоседация и се утвърждава мултимодална аналгезия като правилна практика при третирането на болката.

Оценката и контролът на болката са важен момент с цел осигуряването на комфорт на пациента в условията на интензивните отделения. Въпреки непрекъснатото прилагане на опиоидни аналгетици, пациентите могат да продължат да страдат от болка. Причината е недостатъчната доза и дозов интервал на опиоидния аналгетик от една страна, а от друга – не отчитане необходимостта от прилагане на други групи (адювантни) медикаменти – антипсихотични медикаменти, кортикостероиди, НПВС и др. (7).

Преминали през интензивно отделение болни съобщават за неблагоприятни физически и психологически проблеми като тревожност, депресия, нарушения в съня, хронични болкови синдроми и посттравматично стресово разстройство. Тези проблеми продължават няколко месеца след изписването и имат отношение към възстановяването на пациента и качеството на живот. Болката предизвиква и вредни физиологични ефекти, напр. освобождаването на ендогенни катехоламини води до увреждане на тъканите, активира възпалителен отговор и отслабва имунитета. Много пациенти в интензивно отделение изпитват болка в покой, както и по време на медицински интервенции. И все пак, вредата, свързана с необлекчена болка, може да бъде сведена до минимум посредством добре познаване на болката, анализ и контрол.

## 2.1. Оценка на болката

### 2.1.1. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

Когато болката се оценява редовно, пациентите получават навреме подходящото лечение и се намалява нуждата от седация (медикаменти, успокояващи и приспиващи болния), която има отношение към по-бавното възвръщане на нормалната физическа активност на пациента. Следователно, най-добрите практики трябва да насърчават на първо място стратегията добра аналгезия. Същите автори съобщават, че е добре да се насърчават пациентите и за по-ранно участие в процеса на рехабилитация, който е компрометиран от употребата на седативни медикаменти (9).

Систематичната оценка на болката с валидирани инструменти е от съществено значение за нейното добро лечение и може да се използва като индикатор за качество на клиничната практика. Има няколко инструмента за оценка на болката при възрастни пациенти в интензивно лечение, но според международните клинични насоки (гайдлайни) (13), Behavior Pain Scale (BPS) и Critical-Care Pain Observational (CPOT) са с най-висока валидност и надеждност. Rijkenberg et al. сравняват CPOT и BPS и определят CPOT като по-точна скала, инструментът измерва по-добре болката при пациенти в интензивно отделение (*табл. 1*).

Табл. 1. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (Adapted from Gélinas et al., AJCC 2006; 15(4):420-427) Скалата е от 1 до 8, при сбор > 3 – пациентът изпитва болка.

Изражение на лицето	Спокойно, отпуснато лице	0	Не се наблюдава напрежение в мускулите
	Напрегната лицева мускулатура	1	Мръщение, присвиване на вежди, стягане на орбитата и контракция на леваторния мускул или друга промяна (напр. отваряне на очите или сълезене по време на ноцицептивни процедури)
	Гримаса	2	Всички предишни движения на лицето плюс стискане на клепачите (пациентът е с отворена уста или хапе ендотрахеалната тръба)
Движения на тялото	Липса на движения или нормална позиция	0	Стои неподвижно или заема нормално положение без защитни движения към мястото на болката
	Защитна реакция	1	Бавни, предпазливи движения, докосване или триене място на болка, търсене на внимание чрез движения
	Безпокойство/възбуда	2	Дърпане на ендотрахеалната тръба, опит за сягане, движение/тласкане на крайници, неизпълнение на команди, нанасяне на удари, опити да се мести в леглото

<b>Добър кмпляанс на пациента към вентилатора</b> (интубирани пациенти)  или  <b>Говор</b> (екстубирани пациенти)	<b>Толериращ вентилатор или Движение</b>	<b>0</b>	Не се включват алармите/гобра вентилация
	<b>Кашля, но понася</b>	<b>1</b>	Кашлица, алармите могат да се активират, но спират спонтанно
	<b>Бори се с апарата</b>	<b>2</b>	Асинхрония с апарата: „борене“ с вентилацията, алармите често се активират
	<b>Говори с нормален глас</b>	<b>0</b>	Говори с нормален тон или без звук
	<b>Въздиша, пъшка</b>	<b>1</b>	Въздишане, пъшкане
	<b>Плаче, ридае</b>	<b>2</b>	Плаче, ридае
<b>Мускулатура</b>  Оценка чрез пасивна флексия и екстензия на горните крайници при пациент в покой или оценка, когато пациентът се обръща	<b>Отпусната мускулатура</b>	<b>0</b>	Няма съпротива срещу пасивни движения
	<b>Напрегната, ригидна мускулатура</b>	<b>1</b>	Съпротива срещу пасивни движения
	<b>Много напрегната или ригидна мускулатура</b>	<b>2</b>	Силна съпротива на пасивни движения или неспособност да ги завърши
<b>Общ сбор</b>		<b>8</b>	

СРОТ демонстрира по-дискриминационен стабилност от BPS, което дава обосновката за благоприятстване на използването на СРОТ в този проект на подобрение.

### **2.1.2. Визуална аналогова скала (VAS).**

Визуалната аналогова скала (VAS) е разработена от Хейс и Патерсън в 1921 г. Тя е създадена за употреба в болници, където нивата на болката трябва да бъдат бързо оценени при пациенти, които биха могли да не разберат местния език. *Използват се невербални описатели пособия като цветovo кодирани усмихнати лица.* Резултатите се основават на самоотчитани мерки за симптоми, които се записват с единичен ръкописен знак (отметка, точка), поставен по дължината на 10-сантиметрова линия, която представлява континуум между двата края на скалата – „без болка“ в левия край (0 cm) на скалата и „най-лошата болка“ в десния край на скалата (10 cm). Измерванията от началната точка (ляв край) на скалата до маркировките на пациентите се записват в сантиметри и се интерпретират като тяхната болка. Стойностите могат да се използват за проследяване прогресията на болката при пациент или за сравняване на болката между пациенти със сходни състояния. В допълнение към болката, скалата е била използвана и за оценка на настроението, апетита, астмата, диспепсията и движението. Въпреки че има противоречиви доказателства по

отношение на предимството на VAS в сравнение с други методи за записване на болка, тя все още е често използвани в клинични и домашни условия (16).



Фиг. 5. Визуална аналогова скала. Всеки пациент избира числото от 0 до 10, което най-добре отразява силата на изпитваната болка

## 2.2. Контрол на болката. Индикатори за контрол на болката

**Качествените показатели (индикатори)** за управление на болката в ОАИЛ се фокусират върху употреба на подходящите аналгетици в подходяща доза и отчитане на постигнатите от това резултати.

- Интензивността на болката се документира с числови (0–10) или описателни (лека, умерена, тежка) скали за оценка.
- Интензивността на болката се документира на чести интервали.
- Болката се лекува чрез интравенозно поставяне на аналгетици.
- Болката се лекува с редовно прилагани аналгетици, като за предпочитане е мултимодалния подход. (комбинация от опиоиди, нестероидни противовоспалителни лекарства, нефармакологични интервенции).
- Болката се предотвратява и контролира до степен, която улеснява функцията и качеството на живот.
- Пациентите са достатъчно информирани и осведомени за контрола на болката.

За ефективно наблюдение на показателите за качество, историята на заболяване на пациентите трябва да съдържа документация за:

- Интензивност на болката (0–10 или лека, умерена, тежка);
- Предписани и приложени аналгетици, път на въвеждане, дози и дозов интервал;
- Въздействие на болката върху функцията и качеството на живот (напр. способността за ходене, обща активност, настроение, сън);
- Обучение за болка за пациента и членовете на семейството;

### ГЛАВА III. ИНИЦИАТИВИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ОБСЛУЖВАНЕ В ОАИЛ ЧРЕЗ ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА БОЛКАТА

#### 1. Подход за подобряване на качеството чрез подобряване на управлението на болката – ганни от литературата

В настоящата разработка е представен подход за повишаване на качество-то на медицинското обслужване въз основа на подобряване управлението на болката. Лечебните заведения, каквито са болничните структури, трябва да разгледат ключови въпроси, свързани с болката (8):

- **Публично отчитане на показателите за качество и безопасност.** Тези показатели все повече ръководят здравните продукти, базирани на стойност. Всяка здравна организация се стреми да запази своя пазарен дял. Лошото представяне на такива мерки може да доведе до намаляване на пазарния дял.
- **Ефектът от удовлетвореността на персонала върху:** липсата на текучество и разходите за наемане на нови хора и подобряване на квалификацията им. Солидна програма за управление на болката може да повиши удовлетвореността на персонала.
- **Подобряване на доверието на пациентите** към персонала е институционален приоритет. Доброто следоперативно обезболяване работи в тази посока.
- **Намаляване на разходите, свързани с редизайн на програма за управление на болката:**
  - Намаляване на разходите за лекарства
  - Намаляване на „никога събития“ (*Терминът „никога събитие“ е въведен за първи път през 2001 г. от Кен Кизер, М.Д., бивш главен изпълнителен директор на Националния форум за качество, във връзка с особено шокиращи медицински грешки (напр. като оперирана грешна страна), което никога не трябва да се случва.*)
  - Предотвратяване на продължителен престой
  - Намалена реадмисия
  - Намалени посещения на спешно отделение
- **Непреки намаления на разходите, свързани с редизайн на болка:**
  - Намалени искове за злоупотреби
  - Спазването на правителствените програми
  - Съобразяване с изискванията за закупуване на медикаменти и консумативи, базирано на стойност

В проучване, проведено от Joint Commission Resources в края на 2010 г., респондентите са идентифицирали три основни причини, които са предизвикателство за прилагане на ефективни програми за контрол на болката:

- резистирание към въвеждане на съвместни, интердисциплинарни подходи;
- ограничения на необходимите ресурси (като персонал и бюджет);
- липса на апаратура.

В публикацията си Sivrikaya, G. U 11 оформя основните Предложения за подобряване на практиките за оценка на болката в интензивно отделение (табл. 2).

**Табл. 2.** Подобряване на практиките за оценка на болката в интензивно отделение

1. <b>Стандартизирайте методите</b> за оценка на болката, които да се използват от всички клиницисти в интензивното отделение при пациенти, които могат да общуват и при тези с комуникационни затруднения.
2. Осигурете раздел в реанимационния лист за <b>документиране</b> на оценката на болката
3. <b>Предлагайте годишни прегледи на инструментите</b> за оценка на болката, за да подобрите правилното и стандартизирано използване на инструментите.
4. Предложете помощни инструменти като джобни карти и плакати за оценка на болката в реанимационните зали, за напомняне и насърчаване на лекарите да извършват оценка на болката.
5. Институционализирайте отчитането на състоянието на болката по време на предаване на дежурството, за да увеличите видимостта на болка на пациентите.
6. Помислете за ангажиране на членове на семейството в оценката на болката на пациента. Те могат да в някои случаи по-добре да идентифицират от дежурния лекар наличието на болка при техния близък
7. Създайте интердисциплинарен проект за подобряване на качеството, за да оцените ефективността на инструментите за оценката на болката в интензивното отделение.

Нефармакологични интервенции, като напр. използване на музика, техники за релаксация и/или предоставяне на информация за очакванията по време на процедури може да се счита за част от мултимодална аналгезия (Erstad et al. 2009). Докато изследванията са ограничение, ефективността на тези техники при болка облекчение, те обикновено са евтини, безопасни и относително лесен за изпълнение. По-нататъшни изследвания е оправдано от ролята на нефармакологични интервенции при мултимодална аналгезия.

## 2. Представяне на ОАИЛ

Отделението по Анестезиология и интензивно лечение е самостоятелна структура на УСБАЛО-ЕАД съгласно Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на болницата, приет от Съвета на директорите на УСБАЛО-ЕАД.

Отделението е специализирано за извършване на анестезиологична, лечебно-диагностична дейност и интензивно лечение, целогодишно, 24 часа в денонощието, без почивен ден. ОАИЛ е разположено на обща площ от 250 м<sup>2</sup>, с включени към нея пет зали за пациенти, две манипулационни помещения, два лекарски кабинета, апаратна, склад, помещение за медицински сестри и помощен персонал, тоалетна с баня за персонал и помещение за отпадъчен материал, подлоги, уринатори и др. Отделението разполага с 8 легла, съгласно заповед №762/30.04.2010 на Изпълнителния директор на УСБАЛО – ЕАД, оборудвани съгласно Национален стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. За осъществяването на многостранната дейност на ОАИЛ работят 13 лекари, от тях 10 са с призната специалност по анестезиология и интензивно лечение. В ОАИЛ работят 8 медицински сестри, от които една старша сестра, 2 болногледач и 4 санитарни.

### **3. Повишаване на качеството чрез оценка и контрол на болката**

#### **3.1. Използване на Модел за подобрение в ОАИЛ**

ОАИЛ е оборудвано за лечение на критични нарушения в жизненоважните функции на пациенти от всички клиники и отделения на стационарния блок. Отделението притежава утвърден списък за наличие на задължителни лекарствени средства в спешен шкаф и метална каса за съхранение на необходимите медикаменти от Venena “А”.

До всяко легло има изводи за кислород от централна инсталация за медицински газове и централна аспирация. Всяко легло е оборудвано с пациентен монитор с възможност за мониториране на неинвазивно и инвазивни налягания, пулсоксиметрия, ЕКГ, пулсова честота, температура, анализ на ST-сегмент и 24-часов тренд, 3 перфузора и един инфузомат.

Отделението има изградена необходимата структура и ще се опитаме чрез използването на Модел за подобрение да дадем предложение за конкретни действия, които да доведат до повишаване на качеството, като акцентът ще е правилна оценка на изпитваната болка след оперативна интервенция и терапевтичното поведение.

#### **Изследователска цел**

Всички пациенти, постъпили в ОАИЛ след оперативна интервенция от 10.01.22 до 10 март 2022 г. да подлежат на *оценка на изпитваната от тях болка* чрез **СРОТ** на 1<sup>а</sup> час от постъпването и **VAS** на всеки 6 часа и да се проведе мултимодален подход при обезболяването. Да се прилага допълнително обезболяване при оценка **VAS** ≥ 5. Да се определи качеството на медицинското обслужване чрез определените индикатори и проведената анкета на пациентите с акцент изпитвана болка.

## Дефиниране на проблема

Важен елемент от грижите през следоперативния период е намаляването на болката, причинена от интраоперативното увреждане на тъкани и/или органи. Интензивността на болката се влияе значително от тежестта на хирургичната интервенция, топиката (местоположението и) и следоперативния ден на наблюдение (14). Изборът на стратегия за управление на болката е от съществено значение за подобряване на възстановяването след операция. Често приложените процедури остават неадекватни за интензивността на болката. Това увеличава риска от персистиране на следоперативна болка и промени в настроението, възпрепятстване рехабилитацията и удължаване времето, необходимо за връщане на пациента до пълна физическа активност.

В края на 2020 г. се проведе разговор със сестрите и лекарите в ОАИЛ за ефективността на използваните до сега методи за обезболяване и се направи анализ на престоя на преминалите през годината болни и възникналите нехирургични усложнения. Според персонала, обслужващ болните: няма определени интервали за отчитане наличието и интензитета на болката; често не се повлиява достатъчно добре изпитваната от пациента болка. Взе се решение да се въведат промени, които да засегнат както оценката на болката през ранния следоперативен период, така и контрола на болката.

## Причина за предприемане на мерки

От направения ретроспективен анализ за период от една година установихме, че в ОАИЛ не се използват скали за оценка на следоперативната болка и за този период са постъпили 5 оплаквания от пациенти за изпитвана от тях силна болка, която не е повлияна.

На първо място, ще се обърне особено внимание на медицинския персонал в ОАИЛ за важността на проблема „оценка и контрол на болката“ и ролята му върху повишената болестност и смъртност, удължения болничен престой и разходи за медикаменти и консумативи. Второ, ще се разработят правила за оценка на болката – скали за отчитане на болката и времеви диапазон на това отчитане. Ще се въведе нова концепция за обезболяване, включваща преемптивна аналгезия (профилактика на постоперативната болка преди и по време на анестезията), продължителна инфузия на копиевиден аналгетик и мултимодална аналгезия (комбинирана фармакотерапия), като последната позволява редукция дозата на опиоидния аналгетик. Тези действия ще доведат до по-адекватно третиране на болката и намаляване на нежеланите сериозни събития, които могат да настъпят за пациента в резултат на лошото обезболяване, което води до подобряване на качеството във звеното.

## Очаквани резултати/ползи

- Разработена стратегия за оценка и контрол на болката;



- Обучен персонал и ефективното му участие в разработената стратегия;
- Намален брой недобре обезболени пациенти в интензивното отделение;
- Намален брой на нежеланите събития, свързани с недобро обезболяване (високо артериално налягане и сърдечна честота, блокове страдание, ажитираност, дихателна недостатъчност)
- Повече положителни оценки за добре контролирана болка от направената анкета сред преминалите през ОАИЛ пациенти.

### ***Как да разберем, че промените, които предприемаме, водят до подобрения?***

Данните, необходими за изчисляване на дефинираните по-долу индикатори, могат лесно да бъдат събрани от отговорния персонал в ОАИЛ. Извършва се ежеседмично. По този начин може да се установи дали ще настъпят подобрения в резултат на извършените промени. Предизвикателство е персоналет да бъде обучен какви данни да събира и къде да ги документира:

#### **1. Индикатори за процес**

- Оценка на болката на първия час от постъпването чрез използване на СРОТ
- При СРОТ скор  $\geq 3$  се прилага допълнително обезболяване
- Оценка на болката на всеки 4-6 часа от престоя в ОАИЛ чрез използване на VAS
- При VAS скор  $\geq 5$  се прилага допълнително обезболяване

#### **2. Индикатори за резултат**

- Регистриран СРОТ скор  $< 3$
- Регистриран VAS скор  $< 5$
- Общ сбор точки от проведената анкета  $\geq 14$

#### **3. Балансиращи индикатори**

- Инциденти на дихателна депресия, свързана с предозиране на опиоидни аналгетици
- Регистриране на „никога събития“ – повишаване на сърдечната честота и артериалното налягане, възбуденост и страдание поради недобре повлияна болка, при изключване на други причини.

### ***Какви промени можем да направим, които да доведат до подобрения?***

#### **Планиране:**

- Да се направи преглед на литературата по проблема „качество на медицинското обслужване“ и методи/подходи за подобряване на качеството с фокус повлияване на следоперативната болка.

- Данните да се дискутират с персонала с цел вниманието да бъде насочено към този проблем и да се помисли за съответни действия за неговото решаване.
- Да се разпечата таблица с показателите на Critical-Care Pain Observation Tool (CROT) и Визуалната аналогова скала и да се предоставят на всеки един от персонала, който ще оценява болката с тези скали.
- Обучение на персонала относно проблема болката, изпитвана от пациентите в ОАИЛ и как да се измери болката с помощта на CROT и VAS скалите.
- Да се разработят и утвърдят схеми и алгоритми за следоперативно обезболяване на пациентите.
- Да се регистрират: предизвикана от опиоидите дихателна депресия на пациентите и „никога събития“ – повишаване на сърдечната честота и артериалното налягане, възбуденост и страдание поради недобре повлияна болка, при изключване на други причини.

#### **Тестване:**

- Персоналът в ОАИЛ да бъде обучен как да отчита CROT и VAS на пациентите, постъпващи в ОАИЛ.
- Да се оценява болката на първият час от постъпването чрез използване на CROT.
- Да се оценява болката на всеки 6 часа от престоя в ОАИЛ чрез използване на VAS
- Всеки пациент да получи преемптивна премедикация с Дексаметазон и 30 минути преди края на операцията венозен Ибупрофен.
- Всеки пациент да бъде включен веднага след постъпването в реанимация на продължителна инфузия с фентанил с начална скорост 50мкг/ч. Допълнително да получи интравенозно 3 пъти по 1 г Парацетамол.
- При CROT скор  $\geq 3$  се увеличава скоростта на инфузията с фентанил до 100мкг/ч. При VAS скор  $\geq 5$  се увеличава скоростта на инфузията с фентанил до 100мкг/ч или се прилага интравенозно НСПВС (напр. Дексофен, Ибупрофен, или Неодолпасе)
- Да се разработи анкета с фокус обезболяването в ОАИЛ, която да попълнят пациентите след извеждането им в хирургичните клиники.

#### **Анализиране:**

- Да се анализират резултатите от предприетите промени в ОАИЛ.
- Да се прецени дали схемите и алгоритмите за следоперативно обезболяване на пациентите от етап „Планиране“ са работещи и при необходимост – да бъдат актуализирани преди окончателно да бъдат внедрени.

**Внедряване:**

- Да бъде обучен персоналът в ОАИЛ.
- Тестване на промените през следващите 6 месеца.
- Да се идентифицират евентуални проблеми в процеса.
- Да се внедри схема за обезболяване в хирургичните клиники, където постъпват пациентите от ОАИЛ
- Основни партньори са ръководителят на ОАИЛ, старшата сестра, реанимационните екипи и пациентите.

***Кои са ограниченията и бариерите, които биха могли да попречат този проект да бъде успешен?***

Понастоящем проблемът с контрол на следоперативната болка е и със социална значимост. Постоперативните усложнения, свързани с неадекватно управление на болката, влияят негативно на благосъстоянието пациента и работата в болницата поради удължената продължителност на престоя и повторни хоспитализации, като и двете увеличават болничните разходи за грижи. Повечето лечебни заведения имат разработена политика за оценка и контрол на болката, но предимно в интензивните отделения. В хирургичните звена често пациентите се оплакват от не повлияна болка, което се явява основно ограничение за успеваемостта на проекта. При създаване на приемственост в стратегията на обезболяване, започната в ОАИЛ и продължена в хирургичните отделения, това ограничение ще се сведе до минимум.

Това, което не се дискутира в този проект, е доколко удовлетвореността на персонала се запазва или намалява със въвеждането на промените.

**Планирани промени, които са били тествани:**

За осъществяване на проекта бяха изпълнени три PDSA цикъла.

**Резултати:**

За периода от 10.01 до 10.03 през ОАИЛ са преминали 91 пациенти: 37 мъже и 54 жени на средна възраст  $62,68 \pm 12,33$ . В таблица 5 е представено разпределението на пациентите според вида онкологично заболяване, поради което са претърпели хирургичната интервенция.

**Табл. 3.** Разпределение на пациентите по вида на онкологичното заболяване

Онкологично заболяване	Брой пациенти (n)
Карцином на дебелото черво	26
Тумори на матка и яйчници	32
Бенигнене заболявания на матка	2
Карцином на бъбрек	8
Карцином на бял гроб	2

Онкологично заболяване	Брой пациенти (n)
Карцином на стомаха	5
Карцином на хранопровода	2
Карцином на тънко черво	4
Карцином на черен гроб	1
Злок.заболяване шия, ларингс	4
Ретроперитонеален тумор	4
Карцином на щитовидна жлеза	1

### Проведен беше PDSA 1 (в последователността, описана по-горе):

При постъпване в ОАИЛ при всички пациенти се определя СРОТ скор от дежурния лекар в ОАИЛ. Избрахме тази оценка за определяне на наличието на болка, защото позволява оценка на изпитваната болка и при интубирани пациенти. 42<sup>ма</sup>(46%) от всички пациенти постъпват от операционния блок интубирани и се поставят на механична вентилация. Екстубирането (отстраняването на ендотрахеалната тръба) става при възстановено съзнание, рефлекс и ефективно спонтанно дишане и се извършва средно след  $4,2 \pm 3,24$  часа.

Регистрираният СРОТ скор е  $1,71 \pm 0,73$ . При 11 пациента се регистрира СРОТ скор  $\geq 3$ , което последва от увеличаване скоростта на инфузия на фентанила до средно 80,5мкг, при което се постигна адекватен контрол на болката.

Отчитането на интензитета на болката по VAS се извършва от дежурната сестра на 6 часови интервали и се отбелязва на формуляр, прикрепен към историята на заболяване на болния. През първата седмица измерването на ефективността на шестчасови оценки показва, че никой не е попълнил документацията през нощните часове, което определи 40% успеваемост. По-нататъшното проучване разкри, че медицинските сестри не са го направили, тъй като не са знаели за необходимостта от снемане на VAS през нощните часове.

### Проведе се PDSA 2:

**Планирай:** След интервюиране на персонала, установихме, че част от персонала не осъзнават важноста на редовното измерване и документиране на изпитваната от пациентите болка особено по време на нощните дежурства. Предположихме, че чрез увеличаване информираността на персонала за ползите за пациента от добре контролираната следоперативна болка, бихме подобрили качеството на обслужване и удовлетвореността на пациентите.

**Тествай:** Ръководителят на ОАИЛ проведе семинар, в който участваха сестрите на звеното, на който детайлно се разгледа алгоритъмът за оценка на болката и поведението на сестрата при регистриране на  $VAS \geq 5$

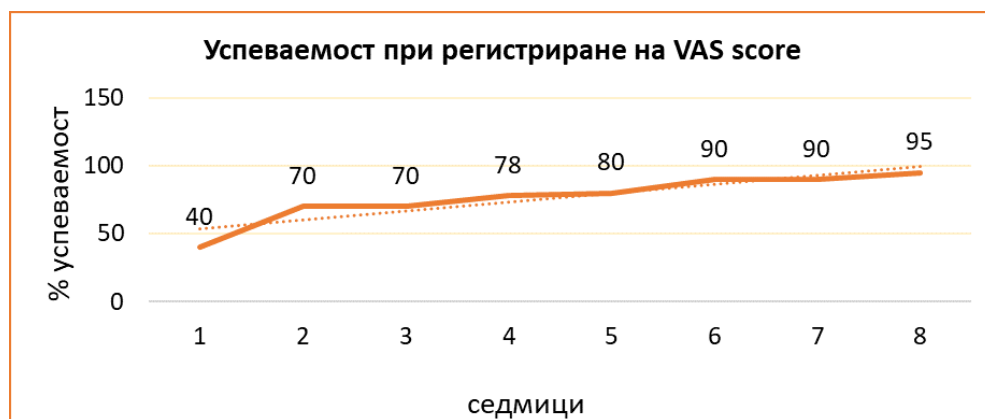
**Анализирай:** През втората седмица след проведено обучение успеваемостта се повиши на 70%. През следващите две седмици не се отчете драстично повишаване на ефективността.

### Проведе се PDSA 3

**Планирай:** При търсене на причините се установи, че поради големия брой пациенти, обслужвани от една сестра, особено през нощните часове, тя не успява да оцени болката на уточнените интервали. Болничните болногледачи (Зма в ОАИЛ) са студенти по сестрински грижи и биха могли да помогнат на сестрите при отчитането на болката.

**Тествай:** Старшата медицинска сестра в края на първия месец проведе обучение на болничните болногледачи.

**Анализирай:** Постигна се успеваемост при регистриране на VAS скорa. Резултатите са представени на фиг.5.



**Фиг. 5.** Успеваемост при регистриране на през 8 седмичния период на наблюдение. Пунктираната линия отчита тренда на промяна.

При 2 и 3 **PDSA цикли** (извън направените промени) бяха стриктно спазени останалите точки, заложи в **PDSA 1**.

Възприетата стратегия за обезболяване през ранния следоперативен период се основава на мултимодалния подход (приложение 2), което включва предоперативно прилагане на дексаметазон, добро интраоперативно обезболяване с опиоидния аналгетик фентанил, продължителна инфузия на фентанил следоперативно през първите 48 часа заедно с прилагане на парацетамол по 1g на всеки 8 часа и Ибупрофен до 2 пъти по 400 мг за 24 ч.

При 20% от пациентите през престоя им в ОАИЛ се наложи повишаване на дозата на фентанила и допълнително прилагане на НПВС.

В таблица 4 са представени данните, отчитащи индикаторите за резултат, и балансиращите индикатори.

**Табл. 4.** Отчет на индикаторите за резултат и балансиращите индикатори

Индикатори за резултат	Брой пациенти n
• Регистриран CPOT скор < 3	n= 82, 91%
• Регистриран VAS скор < 5	n=90, 90%
• Общ сбор точки от проведената анкета $\geq 14$	n=79, 88%
<b>Балансиращи индикатори</b>	
• Дихателна депресия, свързана с предозиране на опиоидни аналгетици	n=2
• Регистриране на „никога събития“	n=11

### 3.2. Анкета за оценка и контрол на болката

За анализ на състоянието на безопасност на пациентите в лечебните заведения за болнична помощ могат да бъдат използвани различни количествени и качествени подходи като анкети, наблюдения, интервюта на определени фокусни групи или индивидуални интервюта и др. (1). За постигане на целта на нашето проучване сме избрали анкетата като начин за оценка на изпитваната болка, защото е лесно приложим и гарантиращ анонимността на участниците инструмент. За нас обратната връзка с пациентите е изключително важна. Периода на проведената анкета е от 10.01.2022 до 10.03.2022 г. и обхващаше **88** пациента, които са преминали през ОАИЛ. Общия брой преминали пациенти за периода е 91, като 3<sup>ма</sup> пациента отказаха да попълнят анкетата.

Разработена беше анкетна карта, включваща 5 въпроса с акцент – изпитвана болка при престоя в ОАИЛ (приложение 3). Анкетата се попълваше от пациентите, след като вече са преведени в другите звена. Първите 3 въпроса отразяват заинтересуваността на медицинския персонал от проблема „изпитвана болка“, а другите 2 въпроса оценяват силата на изпитваната болка и дали предприетите мерки за облекчаването и са акуратни. На първите 4 въпроса болните могат да дадат един от четири възможни отговора: никога, понякога, обикновено, винаги.

Разпределението на анкетираните по образование е както следва (табл.5):

**Табл. 5.** Разпределение на анкетираните пациенти.

Признак	Пациенти
Образование:	
Основно	2
Средно	26
Средно специално	12
Полувисше	16
Висше	32
<b>Общо</b>	<b>88</b>
<b>Пол – съотношение мъже : жени</b>	<b>37 : 63</b>
<b>Средна възраст (в години)</b>	<b>61 г.</b>

След като се проведе анализ на направените от пациентите анкети, се установи че, най-голям е броят на пациентите отбелязали отговор „винаги“ в анкетната карта. Получените данни са представени в таблица 6.

**Табл. 6.** Брой пациенти, отбелязали съответния отговор на зададения въпрос

Въпроси	Никога	Понякога	Обикновено	Винаги
1	0 пациента	0 пациента	20 пациента	68 пациента
2	0 пациента	0 пациента	8 пациента	80 пациента
3	0 пациента	0 пациента	3 пациента	85 пациента
4	0 пациента	0 пациента	3 пациента	85 пациента

На 5 въпрос „По време на престоя в реанимация, определете силата на изпитваната болка от 0 до 10, като 0 е липса на болка, а 10 е силна, непоносима болка“ – пациентите определиха силата на изпитваната болка **3,13±1,17**.

Резултатите от анкета потвърждават положителния ефект на разработения модел на подобрение.

### Изводи и предложения:

1. От направеният преглед на литературата се потвърди значимостта на проблема „качество на медицинското обслужване“ и се очерта тясната му връзка с оценката и контрола на болката.
2. Разработения и приложения модел на подобрение спомогна за редовното отчитане и отбелязване в документацията на изпитваната от пациента болка
3. Разработеният модел на подобрение в ОАИЛ чрез използването на СРОТ и VAS даде възможност за стриктно проследяване на пациентите по отношение на изпитвана болка и за периода на внедряване се утвърди като ефективен инструмент, който води към постигане търсените от нас подобрения в качеството на обслужване.
4. Обучението на персонала спомогна за ефективното му участие в разработения модел.
5. Регистрира се положителен резултат по отношение брой на нежеланите събития, свързани с недобро обезболяване (високо артериално налягане и сърдечна честота, болково страдание, ажитираност, дихателна недостатъчност).
6. Направената анкета сред преминалите през ОАИЛ пациенти отчете постигнат добър контрол на болката, което силно повиши удовлетвореността на пациентите по този показател.

Въз основа на направените изводи **се потвърди поставената от нас теза, че повишаването на качеството в ОАИЛ зависи от прецизната оценка на следоперативната болка и навременното и адекватното ѝ повлияване.**

### **Предложения** за подобряване на дейността в ОАИЛ.

1. Въз основа на използваните инструменти и получени резултати предлагаме да продължи спазването на въведения протокол за оценка и контрол на болката.
2. Да се извършва периодично обучение на специализантите лекари и медицински сестри за начина на отчитане на наличната болка и как да се прилагат (доза и дозов режим различните медикаменти).
3. Веднъж годишно да се анкетират извадка болни от ОАИЛ.
4. Да се оторизира лекар, който да съблюдава спазването на протокола, да провежда инструктажа и да организира анкетирането на пациентите.
5. Използваният модел на подобрене може да се използва при анализ на бъдещи инициативи, касаещи въпроси, свързани с извършване на подобрения в организацията и мениджмънта в ОАИЛ.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Болката след оперативна интервенция е предотвратима вреда за пациенти в интензивно отделение. Успехът на разработеният проект за ПК в ОАИЛ се основава на въвеждането на СРОТ и отчитането на VAS на определени интервали като средства за оценка на болката в нашето интензивно отделение.

Застъпеният в проекта мултимодален подход на обезболяване и урегулираните показанията за прилагане на допълнително обезболяване съобразно отчетените оценки води до удовлетвореност на пациентите от повлияването на болката.

На пръв поглед внедрените промени утежняват работата, често след време се вижда, че я оптимизират и влияят положително на персонала и основно на пациентите

Важното е, че проектът показва, че постепенното тестване и адаптирането са полезен подход за прилагане на промяната в практиката. Ние вярваме, че този проект даде възможност за подобряване на качеството при контролиране на болката както в интензивните, така и в хирургичните звена.

### **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Попова М., УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО, УНСС, факултет администрация и управление, 2016
2. Chelluri Lakshmi P.q Quality and performance improvement in critical care, Indian J Crit Care Med. 2008 Apr-Jun; 12(2): 67–76.
3. Donabedian Q. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260 :1743–8.
4. Erstad, B.L et al. Pain management principles in the critically ill, *Chest*, Volume 135, Issue 4, 1 April 2009, Pages 1075-1086



5. Garland A, Shaman Z, Baron J, Connors AF., Jr Physician attributable differences in intensive care unit costs: A single-center study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;174:1206–10.
6. Gelinac, C., Fillion, L, Puntillo, K., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, July, 15 (4), 420-427.
7. Karim, H. N.. Clinical Application of Nightingale Theory. *International Journal of Innovative Research and Development*, 2015, 4(11).
8. Lauwers K., Whitehurst S, Pain management A Systems Approach to Improving Quality and Safety 2012 by The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
9. Mascarenhas M, Beattie M, Roxburgh M, John MacKintosh, Noreen Clarke, Devjit Srivastava, Using the Model for Improvement to implement the Critical-Care Pain Observation Tool in an adult intensive care unit, *BMJ Open Quality* 2018;7:e000304. doi:10.1136/bmjopen-2017-000304
10. Puntillo K. PAIN ASSESSMENT AND MANAGEMENT FOR INTENSIVE CARE UNIT PAT ICU Management & Practice 4 – 2016
11. Sivrikaya G. U., Multimodal Analgesia for Postoperative Pain Management, [www.intechopen.com](http://www.intechopen.com)
12. Smith, M. C., Parker, M. E. *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.). 2015, F.A. Davis
13. Storsveenq Ann-Marie, The CPOT – a tool for pain assessment for intensive care patients, © Ophavsrett Sykepleien.no/ Forskning 10.4220/Sykepleienf.2016.59668
14. Wu CL, Raja SN: Treatment of acute postoperative pain. *Lancet* 2011; 377: 2215.
15. Zantowicz Regina Sier, Lewko Jolanta, Bitiucka Dorota, Lewko Karolina, Misiak Bianka, Ładny Jerzy Robert, Evaluation of Pain Management after Surgery: An Observational Study *Medicina* 2020, 56, 65; doi:10.3390/medicina56020065
16. Domenica A. Delgado, Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev.* 2018 Mar; 2(3): e088.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

### ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ЕФЕКТИ ОТ НЕДОБРЕ КОНТРОЛИРАНА БОЛКА

#### Остри ефекти

- Емоционално и физическо страдание за пациента;
- Нарушение на съня (с отрицателно въздействие върху настроението и мобилизацията);
- Повърхностно дишане. Странични ефекти от страна на дихателната система (водещи до ателектаза, задържане на секрети и пневмония);
- Потискане на кашлицата и отделянето на храчки;
- Сърдечносъдови странични ефекти (като хипертония и аритмии);
- Повишена симпатикусова активност – повишено освобождаване на катехоламини, което води до увеличаване на системното съдово съпротивление, повишена работа на сърцето и повишена миокардна кислородна консумация (с отрицателно въздействие при болни с ИБС, водещо до коронарна исхемия и миокарден инфаркт);
- Нарушена стомашно-чревна подвижност/мотилитет/ (опиоидите предизвикват запек и/или гадене, не лекуваната болка може също да бъде важна причина за нарушен мотилитет или постоперативно гадене и повръщане);
- Забавя мобилизацията и може да доведе до венозна тромбоза и белодробна тромбоемболия (следооперативната болка е една от основните причини за забавена мобилизация).

#### Хронични ефекти

- Силната остра болка е рисков фактор за развитието на хронична болка;
- Нарушение на съня (с отрицателно въздействие върху настроението и мобилизацията);
- Риск от промени в поведението (често при деца за продължителен период след хирургична болка);
- Лошо зарастване на рани;
- Забавяне на дългосрочното възстановяване.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

МУЛТИМОДАЛЕН ПОДХОД ПРИ СЛЕДОПЕРАТИВНОТО ОБЕЗБОЛЯВАНЕ

Слаба по интензитет болка	Умерена по интензитет болка	Силна по интензитет болка
<p>Ингинална херния Операция на варици Лапароскопия</p>	<p>Ендопротезиране на тазобедрена става <b>Хистеректомия</b></p>	<p><b>Торакотомия</b> <b>Коремна хирургия-горен етаж</b> Хирургия на аортата Ендопротезиране на коляно</p>
	<p>Paracetamol и инфилтрация на раната с локален анестетик НПВС Периферен нервен блок или <u>опиоидин</u> аналгетик</p>	<p>Paracetamol и инфилтрация на раната с локален анестетик НПВС Обезболяване през ЕДК <b>или</b> блок на голям периферен нерв или плексус <b>или</b> опиоиден аналгетик (iv PCA)</p>
<p>Paracetamol и инфилтрация на раната с локален анестетик НПВС Регионална анестезия</p>		

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

#### АНКЕТА ЗА ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА БОЛКАТА ПРИ ПРЕСТОЯ НА ПАЦИЕНТИТЕ В ИНТЕНЗИВНОТО ОТДЕЛЕНИЕ, УСБАЛО

Моля, отговорете на въпросите в това проучване относно престоя ви в отделението по анестезиология и интензивно лечение. Не включвайте други болнични престои в отговорите си. *Маркирайте верния отговор с X*

1. **По време на престоя Ви в реанимация, колко често лекарите или медицинските сестри ви питаха дали изпитвате болка и колко е силна?**
  - Никога
  - Понякога
  - Обикновено
  - Винаги
2. **По време на престоя в реанимация, колко често лекарите обръщаха внимание на вашите оплаквания от болка?**
  - Никога
  - Понякога
  - Обикновено
  - Винаги
3. **По време на престоя Ви в реанимация, колко често медицинските сестри се отзоваваха навреме на Вашите оплаквания от болка?**
  - Никога
  - Понякога
  - Обикновено
  - Винаги
4. **По време на престоя в реанимация, колко често болничният персонал е правил всичко възможно, за да намали болката ви?**
  - Никога
  - Понякога
  - Обикновено
  - Винаги
5. **По време на престоя в реанимация, определете силата на изпитваната болка от 0 до 10, като 0 е липса на болка, а 10 е силна, непоносима болка.**

## **QUALITY IMPROVEMENT IN ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE UNIT THROUGH PAIN ASSESSMENT AND CONTROL**

---

**Yordanka Yamakova**

**Abstract:** In intensive care units, the quality of care depends on a number of factors: a properly structured unit, provided with medical staff and equipment, proper organization of activities, correct approach to pain assessment and control, initiatives to fight nosocomial infections.

Pain is a multidimensional experience, personalised for each patient. Differences in pain experience are influenced by biological response, psychological state and social context. Therefore, rigorous assessment and management of pain is a health priority.

The thesis defended is that quality improvement in intensive care units depends on accurate assessment of postoperative pain and its timely and adequate management.

**Keywords:** intensive care, pain assessment, pain control

# ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА АНТИБИОТИЧНАТА РЕЗИСТЕНТНОСТ

Агелина Иванова<sup>1</sup>

*Научен ръководител: проф. д-р Георги Петрунов*

*Рецензент: гл. ас. д-р Ралица Велева*

**Резюме:** Антибиотиците и химиотерапевтиците вече повече от седем десетилетия са използвани успешно за лечение и профилактика на инфекциозните болести, като революционно променят прогнозата при тежките инфекции и способстват за подобряването на качеството на живота. Антибиотици се използват още във ветеринарната медицина и като фуражни добавки за ефективно усвояване на хранителните вещества. Антибиотичната резистентност означава, че антибиотикът вече не може ефективно да лекува бактериалната инфекция, не въздейства на организма по правилния начин или въобще не унищожава бактериите, за което всъщност е създаден.

Основната задача на магистърската теза е за изследва как може да се овладее кризата с разрастването на антибиотичната резистентност.

**Ключови думи:** антибиотици, антибиотична резистентност

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

BulSTAR – Bulgarian Surveillance Tracking Antimicrobial Resistance

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EMA (EMEA) – European Medicines Agency

ESBLs – широкопектърни  $\beta$ -лактамази

HLAR – високо ниво на устойчивост към аминогликозиди

MRSA – Methicillin-резистентни *S. aureus*

PRSR – Penicillin- резистентни *S. pneumoniae*

AP – антибиотична/ антимикробна резистентност

БАМ – Българска асоциация на микробиолозите

БПА – Българска педиатрична асоциация

БКПВБИ – Болнична комисия по профилактика на ВБИ

ВБИ – Инфекции свързани с медицинското обслужване/Вътреболнични/ Нозокомиални инфекции

ЕС – Европейски съюз

ЕСАП – Експертен съвет по антибиотична политика към МЗ

<sup>1</sup> Аделина Иванова (adivanova@yahoo.com) е магистър по „Маркетинг“ от УНСС. Работила е повече от 10 години в „Комитет на потребителите на пийпълметрични данни за телевизионната индустрия“. В момента работи във фармацевтичната индустрия.

ИАЛ – Изпълнителна агенция по лекарствата  
НСОПЛБ- Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НЦЗПБ – Национален център по заразни и паразитни болести

НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи

РЗИ – Регионални здравни инспекции

## УВОД

Основната теза, разгледана тук, е как и по какъв начин може да се овладее кризата с разрастването на антибиотичната резистентност.

От старогръцките думи *ἀντί*, „срещу“, и *βίος*, „живот“, разбираме какво е антибиотикът, а именно **химическо вещество или съединение с подчертан биологичен ефект, изразен в унищожаването или забавянето на растежа на микроорганизми**, като бактерии, гъби и протозои.

Как тогава, от такова зловещо словосъчетание – „срещу живота“ в днешно време 40% от всички европейци погрешно вярват, че антибиотиците действат срещу настинки и грип, показват данните от Евробарометъра през 2013 г. относно потреблението на антибиотици и познаването им?! Както се оказа, никакви предупреждения в медиите, каквито и да е мнения на лекари и организации не можаха да се справят с масовото разпространение на „компетентни“ съвети, получени от приятелки, заимствани основно от социалните мрежи.

Пациентите често питат защо не могат да вземат антибиотици, въпреки че са се лекували успешно с тях в миналото. Една добра причина за това се оказа **антибиотичната резистентност**. Резистентността означава, че антибиотикът вече не може ефективно да лекува бактериалната инфекция, не въздейства на организма по правилния начин или въобще не унищожава бактериите, за което всъщност е създаден.

Най-голямото предизвикателство е финансирането, което е крайно недостатъчно в световен мащаб, тъй като ако антибиотиците работят добре, ще е нужно да ги използваме само веднъж, което затруднява печалбите. И за да противодействат на резистентността за дълго време, ние трябва да използваме антибиотиците пестеливо – да намалим печалбите на създателите им дори още повече. От антибиотиците въобще не се печели много и затова големите фармацевтични компании не ги разработват. Тогава, по какъв начин бихме могли да управляваме тази криза?

Нека се върнем в началото на всичко...



### Поява на антибиотиците и еволюцията им

Антибиотиците се използват от хората от древността, най-често под формата на различни плесени. Първото документирано свидетелство за използване на плесени за лечение на инфекции е на Джон Паркинсън от началото на XVII век, но антибиотиците предизвикват революция в медицината едва в средата на XX век. Александър Флеминг открива съвременния пеницилин през 1928 г. и скоро той намира широко приложение през Втората световна война.

Терминът „антибиотик“ е използван за пръв път през 1942 г. от американския микробиолог Селман Ваксман за вещества, извлечени от микроорганизми, които пречат на растежа на други микроорганизми.

През годините се пораждат няколко мита свързани с антибиотиците, които и до днес битуват в нашето общество, а именно:

- Всички антибактериални препарати са антибиотици – понятието антибиотик често се използва по отношение на всички антимикробни средства; истинските антибиотици са средства, образувани от макроорганизми или чрез синтетични методи.
- Освен антибиотиците съществуват изцяло синтетични антибактериални средства (сулфаниламиди, нитрофуранови препарати и др). А такива лекарства като бисептол, фурацилин, фуразолидон не са антибиотици. Те се различават от истинските антибиотици по начина си на въздействие върху микробите, а също така по ефикасността си и очистващото въздействие на организма.
- Всички антибиотици могат да лекуват настинки и грип – за съжаление, антибиотиците не могат да излекуват вирусните инфекции и някои други инфекциозни заболявания, тъй като основното лечение се провежда с препарати от други групи (имуноглобулинови и противовирусни средства), а антибиотиците се назначават само при поява на вторични инфекции и/или обостряне на състоянието.
- Антибиотиците са зло – Напоследък, покрай свободния достъп до всякаква информация, в съзнанието на хората се затвърждава тезата, че те са изключително вредни за организма, затова не трябва да се приемат в никакъв



случай. Доста често пациенти, подведени от тези погрешни схващания, отказват да приемат антибиотици, дори и в тежки случаи.

- Доказано е, че някои антибиотици действително имат странични ефекти, но съществуват препарати, чието приемане заедно с антибиотиците значително намалява риска от развитие на най-различни усложнения. Когато се предписват антибиотици, специалистът е този, който трябва да прецени показанията и противопоказанията, очаквания ефект от лечението, както и рискът от развитието на странични ефекти.
- Ако на даден пациент един антибиотик е помогнал, то той може да бъде използван и при лечението на други заболявания – заболявания, протичащи със сходна клинична картина, може да се причиняват от различни вируси. Също така бактериите се различават по прага си на чувствителност към антибиотиците.
- Един и същ антибиотик може да не е ефикасен и при абсолютно еднакви заболявания, тъй като бактериите се приспособяват към антибиотика и при повторното приемане той става безполезен.
- Най-масово прилаганото: Ще си купя антибиотик без рецепта. Самолечението с антибиотик почти винаги се оказва неефикасно. Неправилно подобраният препарат носи опасност от странични и токсични ефекти вследствие на неправилно дозиране, развиване на устойчивост на микроорганизмите към антибиотика.
- Правилният избор на препарат предполага определяне на вида на микроба и преценка за неговата чувствителност към лекарството, но това невинаги е възможно. Дори и да са известни причинителят и неговата чувствителност към антибиотика, трябва да се подбере такъв препарат, който ще стигне до мястото на локализация на микробите в организма. Дозата зависи от възрастта и съпътстващите заболявания на пациента и невинаги съответства на препоръките, предвидени за средните, а не за индивидуалните параметри.
- Сериозен мит в днешно време е и: Моето тяло може да се справи само. Правилното определяне на продължителността на лечението е от ключово значение. Много хора неправилно спират приемането на антибиотика след 1-2 дни, веднага щом се почувстват по-добре. Съществува риск организмът да не се справи сам и инфекцията да се превърне в бавно протичащо заболяване, с усложнения – увреждане на сърцето, бъбреците и др. В резултат на преждевременното прекъсване на лечението може да се образуват антибиотични устойчиви щамове на бактериите. От друга страна, ако антибиотикът се прилага неправилно, по-дълго от допустимото въпреки липсата на ефект, се увеличава рискът от дисбактериоза или алергия.

Антимикробните препарати са необходими за бързото и качествено възстановяване на здравето и работоспособността при инфектни процеси и са аб-

солютно необходими при по-сериозни инфекции за спасяването на живота и предпазване от инвалидизиране.

Антибиотиците и химиотерапевтиците вече повече от седем десетилетия са използвани успешно за лечение и профилактика на инфекциозните болести, като революционно променят прогнозата при тежките инфекции и способстват за подобряването на качеството на живота. Антибиотици се използват и във ветеринарната медицина, както за лечение на инфекции при животните, така и като антибиотични фуражни добавки за ефективно усвояване на хранителните вещества.

Много скоро след навлизането на антибиотиците в медицинската практика, било установено, че чрез процес познат като селекция, микроорганизмите развиват към антибиотиците свойството “резистентност”.

### **Поява на антибиотичната резистентност**

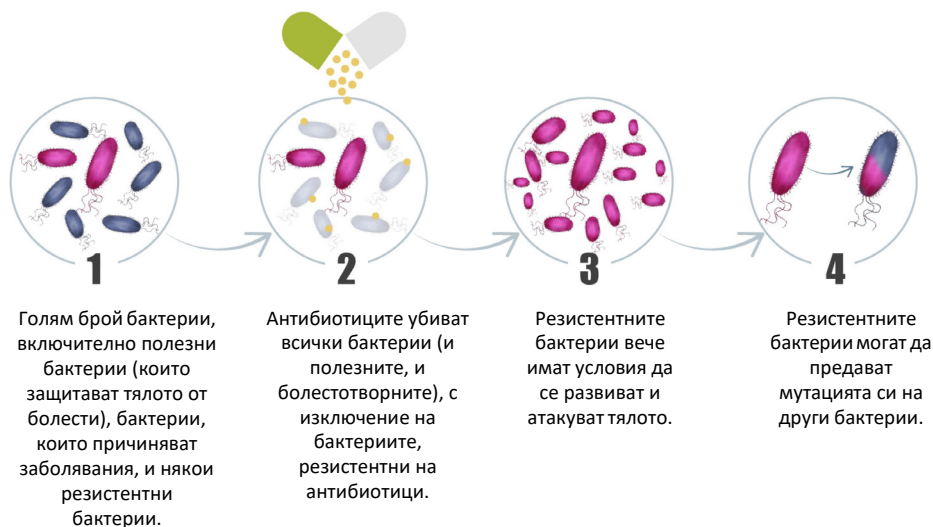
Антибиотичната резистентност представлява способността на бактериите да устояват на действието на антибиотика. Голяма част от бактериите са естествено резистентни към определени антибиотици – вродена или наследствена резистентност. По-големият проблем се появява, когато някои бактерии, които нормално са чувствителни към антибиотици, се превръщат в резистентни в резултат на адаптация чрез генетична промяна (придобита или вторична резистентност).

АМР се развива естествено с течение на времето, обикновено чрез генетични промени<sup>2</sup>, но процесът се ускорява, когато антимикробните средства се използват прекомерно или неправилно, т.е. не се използват подходящо, което означава правилният медикамент да се използва в правилната доза, честота и продължителност (на фигура 1 е показано как се развива АМР).

Когато една микробна популация бъде изложена на действието на даден антибиотик, чувствителните микроорганизми загиват, оставяйки след себе си само тези, които са неподатливи или резистентни на селективния антибиотичен натиск.

---

<sup>2</sup> Antimicrobial resistance – Key facts, СЗО, февруари 2018 г.



**Фигура 1.** Как се развива антимикробната резистентност

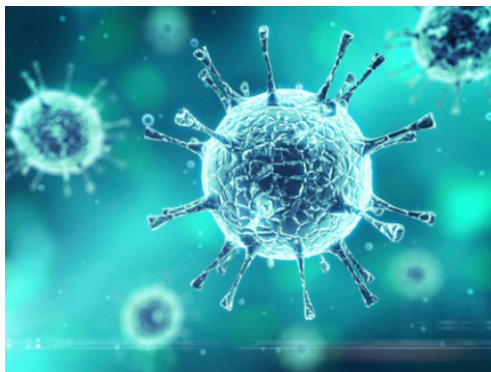
**Източник:** ЕСП, въз основа на United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Световната здравна организация (СЗО) определя АМР като сериозна заплаха за здравето, развитието и продоволствената сигурност в световен мащаб. Според Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC)<sup>3</sup>, в ЕС / Европейското икономическо пространство (ЕИП) 33 000 души годишно умират от инфекции, причинени от резистентни към лекарства бактерии, по данни от 2015 г. Заради последиците от АМР се генерират допълнителни годишни разходи в размер на 1,5 млрд. евро<sup>4</sup>, в резултат на допълнителните разходи за здравно лечение и загубата на производителност. Вътреболничните инфекции, причинени от резистентни организми и обикновено придобити в болници и други лечебни заведения, могат да изискват по-продължителни и по-скъпи лечения, някои от които със сериозни странични ефекти (напр. бъбречна недостатъчност) и с по-голям риск от смърт за пациентите.

Тези нечувствителни бактерии могат да предадат своите гени за резистентност на своето поколение чрез репликация (делене) или на други сродни бактерии чрез различни генетични механизми за пренос на ДНК. Обикновено резистентните бактерии развиват повече от един механизъм на резистентност, което ги прави устойчиви към няколко или дори всички лекарствени средства, представители на даден антибиотичен клас (кръстосана резистентност).

<sup>3</sup> Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015, The Lancet, 2018 г.

<sup>4</sup> EU Action on Antimicrobial Resistance, Европейска комисия, 2017 г.



## ПЪРВА ГЛАВА. ОСНОВНИ ОБЛАСТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ, КОНТРОЛ И ПРОФИЛАКТИКА НА АНТИБИОТИЧНАТА РЕЗИСТЕНТНОСТ

В световен мащаб нарастващата антибиотична резистентност води до изключително неблагоприятни последици като повишена заболяемост и смъртност, вкл. в контрола на социално-значимите заболявания и увеличаване на себестойността на лечението с антибиотични препарати. От друга страна проблемът “резистентност” засяга конкретния пациент, като причина за неуспехите в терапията, удължаване на хоспитализацията и дори в някои случаи – фатален край.

Антимикробната резистентност води до трайни екологични последици, при пациента и в обществото. Появата на нови типове резистентност към клинично важни антибиотици в последните няколко години още повече затруднява борбата с причинителите на инфекциозни болести.

Антимикробната резистентност е заплаха за общественото здраве – може да компрометира терапията, да допринесе за неблагоприятен терапевтичен изход, да доведе до трайно инвалидизиране, да удължи страданието на пациентите, повишава разходите за лечение и болничен престой и има социално-икономическо отражение върху цялото общество. Съществува връзка между нарастващата употреба на антимикробни средства и нарастването на честотата на резистентността.

Понастоящем трудният, бавен и изискващ огромни финансови средства процес по откриването, създаване и лицензиране на нови антимикробни съединения, не може да изпревари възникването на антимикробната резистентност.

Двете основни причини за бързото развитие, високите нива и широкото разпространение на резистентността сред бактериите са:

- *Нерационалното, неблагоприятно и некачествено прилагане на антибиотиките* (не по показания, неправилен избор на антимикробно средство,

или приложено в неадекватен терапевтичен режим), за лечение на хора и животни или директно в околната среда, което създава екологичен натиск върху микроорганизмите и допринася за появата и селекцията на резистентни микроорганизми;

- *Разпространението и предаването на резистентни микроорганизми* между хората, между животните и хората, животните и околната среда.

Следователно двете основни области за управление, контрол и профилактика на антибиотичната резистентност са:

- *Разумно използване на антимикробните лекарства* (т.е. само при нужда, в правилната доза, в правилните дозови интервали и за правилна продължителност);
- *Хигиенни мерки за контрол на предаването* на резистентни микроорганизми (контрол на инфекциите), включващи хигиена на ръцете, скрининг, изолация и т.н.

Необходимо е разработването на стратегия за профилактика на инфекциите и политика за ограничаване разпространението на резистентните микроорганизми. За осъществяване на тази стратегия следва да се одобрят критерии за назначаване и употреба на антимикробните средства.

Необходимо е провеждането на национална стратегия за профилактика на инфекциите, рационално използване на антибиотиците и борба с разпространението на антибиотичната резистентност, съобразно изискванията на ЕС към страните-членки от съюза. За функционирането на тази стратегия следва да се дефинират и спазват определени критерии за назначаване и употреба на антимикробните средства. Важно е чрез коректни системи за надзор да се доставят достоверни и съпоставими данни за разпространението, честотата, динамиката и механизмите за разпространение на резистентните микроорганизми.

Стратегията за надзор, която се занимава с проблема за антибиотичната резистентност, трябва да е всеобхватна и в частност да оценява потенциалната връзка между употребата на антибиотици и развитието на резистентност. Важна стъпка е да се избегне или по-точно да се намали по-нататъшно възникване на резистентни микроорганизми, като се редуцира ненужната и неподходяща употреба на антимикробни препарати. Генералните принципи и методи за целесъобразна употреба на тези лекарства трябва да бъдат актуализирани, конкретизирани, и приложени на практика.

В нашето съвремие антибиотичната резистентност достига глобални размери. Устойчивостта към даден антибиотик при конкретен микроорганизъм може да стане толкова висока, че да наложи отпадането му от терапевтична употреба. В световен мащаб нараства броят на полирезистентните проблемни микроорганизми, поради което сред научните среди се говори вече за “след-антибиотична ера”. С разширените международни комуникации, уле-

снения транспорт и честата миграция на населението AP не познава държавни граници и континенти и може да достигне всяка точка на земното кълбо.

Антибиотичната резистентност е съществен фактор в смъртността от инфекциозни болести. По данни на СЗО за 2002 г. в целия свят броят на починалите от инфекциозни болести надхвърля 14 млн. души. Повече от 85% от тези инфекции се дължат на остри респираторни заболявания, СПИН, диария, туберкулоза и малария. При всички от тях проблемът за антибиотичната резистентност е широко застъпен и крайно тревожен.

Навсякъде по света огромно внимание и ресурси са насочени към рационалното използване на антибиотиците и борбата с нарастващата антибиотична резистентност. За първи път проблемът антибиотична резистентност е поставен официално на ниво Европейски съюз през септември 1998 г. на специалната конференция в Копенхаген, озаглавена “Микробната заплаха”. На нея присъстват повече от 300 делегати, представляващи много държави, включително всичките страни-членки и представители на академията, здравните власти, министри на здравеопазването, фармацевтичната индустрия, ветеринарни и селскостопански организации, Европейската комисия, СЗО, медиите и други. Инициативата завършва с пакет от препоръки, които заедно с резюме от конференцията са публикувани под името “Препоръките от Копенхаген” (The Copenhagen Recommendations).

За резултат от обединените международни усилия се смята сформирането на специална Комисия към Европейския съюз, която през юни 2001 г. съвместно със СЗО и други световни организации изработва и разпространява „Стратегия на Европейската общност за борба с антибиотичната резистентност“, очертаваща един глобален подход от страна на цялата световна обществено-класа към проблема.

Стратегията се състои от петнадесет точки на действие в четирите ключови области:

- I. Надзор;
- II. Превантивни и профилактични мерки;
- III. Научноизследователска дейност и разработване на нови продукти;
- IV. Международно сътрудничество.

Съществена част от Стратегията е и приетата през ноември същата година Директива 77, озаглавена “Препоръки на Съвета на Европа по рационално използване на антибиотици в хуманната медицина” (2002/77/ЕС).

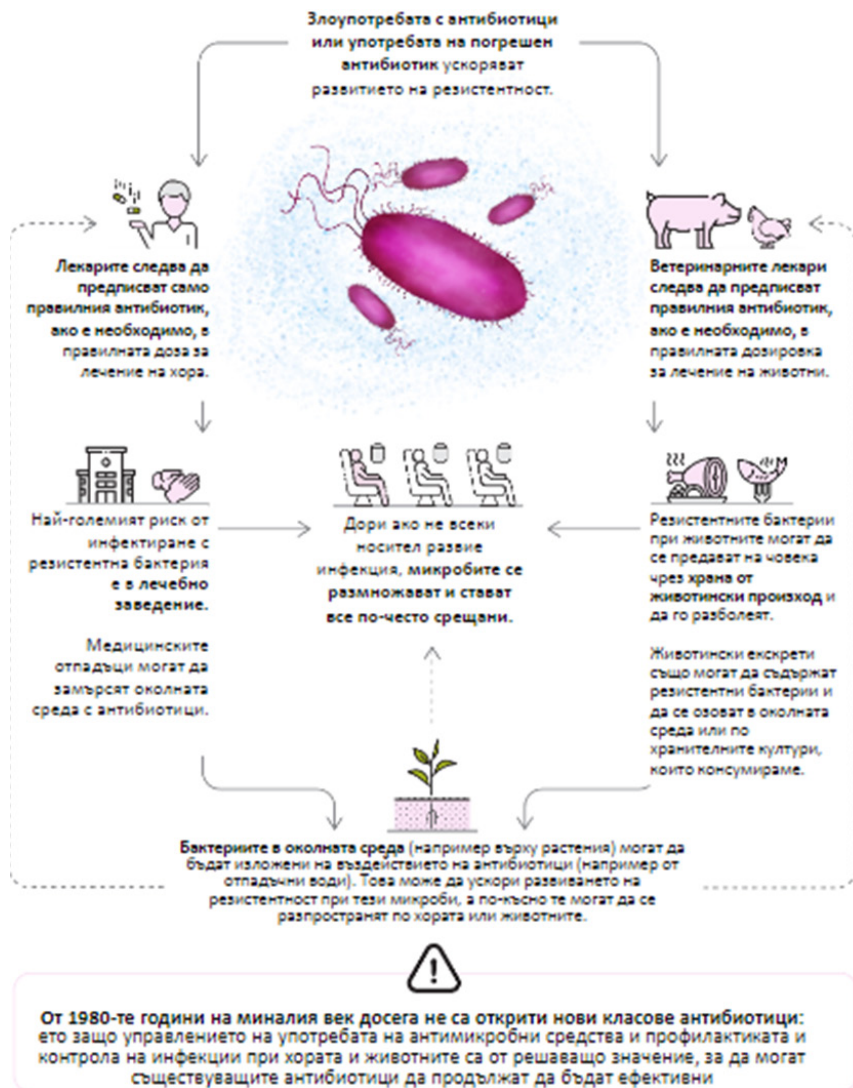
Основни части в нея са изискванията към страните-членки и кандидат-членки да разработят Национални стратегии за борба с антибиотичната резистентност, както и да изградят действащи обществени мрежи за надзор и контрол на заразните болести. Ключово заключение в препоръката е необходимостта от ефективен надзор и международна координация по проблемите на резистентността.

Световни експерти по антимикробна химиотерапия, международни, научни, правителствени и неправителствени организации, стигат до заключението да бъдат предприети незабавни мерки на национално и международно ниво, които да подпомогнат рационалното лечение/профилактика на пациентите и запазването на потенциала на наличните антибиотици.

Профилактиката и контролът на предаването на микроорганизми, резистентни на антимикробни средства в лечебните заведения, по-специално в болниците и заведенията за дългосрочни грижи, са важни. Въпреки това, на практика е трудно да се гарантират добри мерки за профилактика и контрол на инфекциите (като хигиена на ръцете, предпазни мерки при контакт, изолиране на пациентите и дезинфекциране). За такива мерки са необходими обучения, ресурси и надзор в лечебните заведения; те следва да се прилагат методично от стотици хиляди служители в сектора на здравеопазването в ЕС.

Продължаващата прекомерна употреба или злоупотреба с антимикробни средства в секторите на здравеопазването на човека и животните ускоряват развитието на резистентността към антимикробни средства. Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията докладва за известен спад в използването на антимикробни средства в хуманната медицина, със значителни различия между държавите членки.

В допълнение, данните на ECDC сочат, че основните диагностични тестове в болниците, които са необходими за определяне на медицинската терапия, не се извършват в целия ЕС толкова често, колкото е необходимо. Това също допринася за прекомерното използване на широкоспектърни антибиотици. На фигура 2 е илюстрирано как нараства АМР.



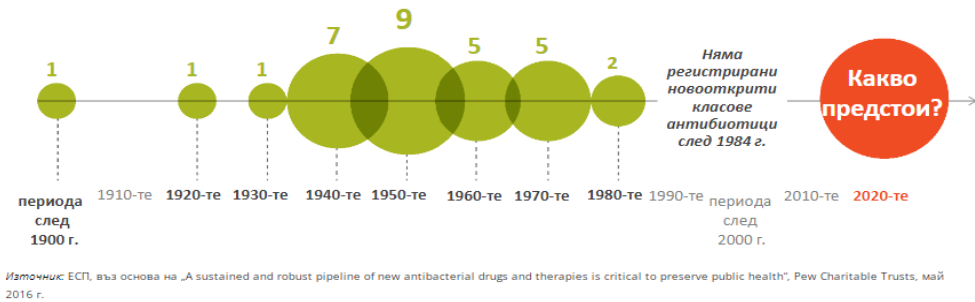
**Фигура 2.** Как нараства резистентността към антибиотици

От края на 1980-те години досега не са открити нови класове антибиотици (вж. фигура 3). Към липсата на нови лекарства се добавя и това, че някои съществуващи антибиотици, които продължават да се използват, вече не се предлагат на пазара от производителите. През последните години няколко големи корпорации обявиха, че прекратяват своята дейност за проучване и разработване на нови антибиотици. Такива изследвания представляват продължителен и скъпоструващ процес, без доказан ефект, и по дефиниция всички новооткрити медикаменти трябва да се използват по-ограничено, за да се запази тяхната ефективност. Според оценката на неотдавна осъществен проект, финансиран от Съвместно предприятие „Инициатива за иновативни ле-



карства“ (JU IMI), необходими са близо 1 млрд. евро, за да достигне един нов медикамент до пазара.

**Повече от 30 години затишие при откриването на нови видове антибиотици**  
(Брой на откритите или патентованите класове антибиотици)



**Фигура 3. Откриване на нови антибиотици**

Развитието на антибиотична резистентност, определя микробиологичната лаборатория като водещо звено в борбата за ограничаването ѝ и поставя нови по-големи отговорности пред клиничния микробиолог. Точната видова идентификация на причинителите на инфекции и коректното изпълнение на тестовете за чувствителност са необходимо условие за правилния избор на антибиотик. Локалните образци на резистентност от мониторирането на резистентността са основа при назначаването на емпирична антибиотична терапия.

В съвременните условия квалифицираният специалист–микробиолог се превръща в **основен консултант** на клинициста в болничното отделение и на общопрактикуващия лекар в доболничната помощ при определянето на антимикробната терапия.

Две основни предпоставки са необходими, за да може клиничната микробиологична лаборатория да отговори на изискването да бъде консултант в осъществяването на рационалната антибиотична политика:

1. Стандартизация и контрол на работата в микробиологичната лаборатория и
2. Осъществяване на надзор (контрол, surveillance) на антибиотичната резистентност.

Основните проблеми на **българските микробиологични лаборатории** са свързани с морално остарялото оборудване, както и липсата на достатъчно и добре обучен персонал. В много болнични лаборатории липсват автоматизирани системи за бърза идентификация на причинителя, което забавя микробиологичния резултат с 24 до 48 часа. В тези случаи клиницистите са принудени да започват емпирична (често комбинирана) антибиотична терапия.

Системите на базата мас-спектрометрията (MALDI-TOF), които се превърнаха в стандартно оборудване за европейските лаборатории идентифицират причинителя за броени минути, но в България те са все още недостатъчни.

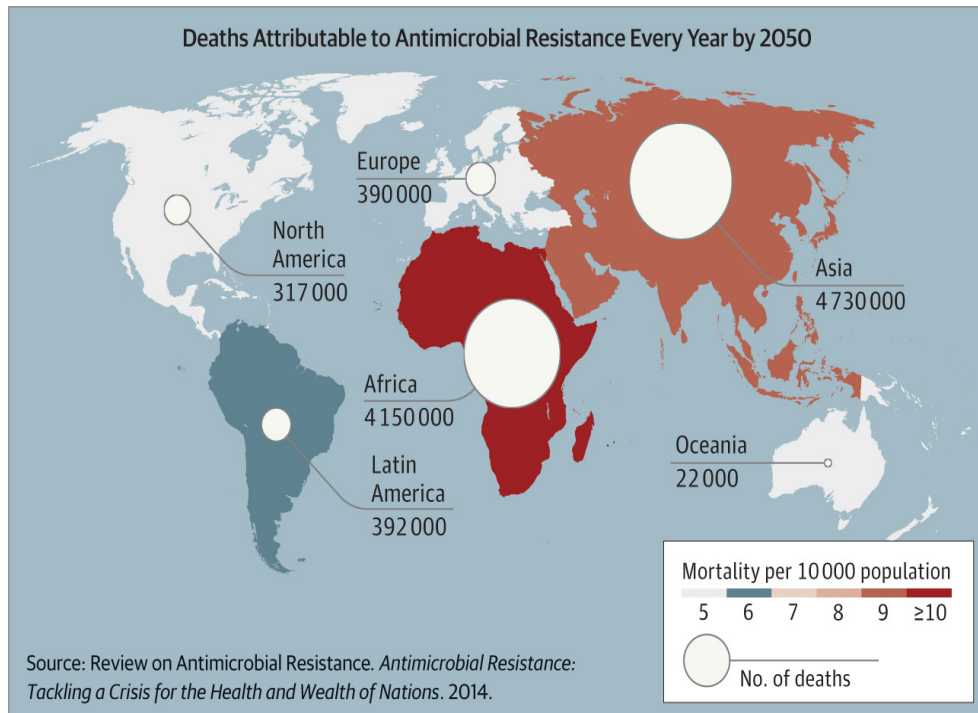
На пазара на антимикробни средства липсват търговски стимули за разработването на нови медикаменти. Финансирането от бюджета на ЕС е основен източник на инвестиции за научни изследвания и е създадо структури за ускоряване на разработването на нови антимикробни средства. Но при публично-частните инициативи за научни изследвания, финансирани от ЕС, се наблюдават закъснения и все още не са направени нови значими открития. Комисията не е изготвила цялостна оценка на подхода си към изследванията в областта на антимикробната резистентност и планът ѝ за действие не е насочен към специфичните проблеми, пред които се изправят научните изследвания в областта на АМР. Почти не съществуват конкретни инициативи във връзка с проблемите на пазара, които засягат пускането на нови антимикробни средства.

Нерационалното и излишното прилагане на антибиотиците е основният фактор, способстващ за рязкото увеличение на антибиотичната резистентност.

По-важните ключови елементи са:

1. *Общото количество* използвани антибиотици и националната антибиотична политика. Най-високи стойности на антибиотична резистентност се регистрират в институциите с най-интензивно използване на антибиотици. Например Белгия и Холандия, страни с еднакво население и стандарт, имат различна антибиотична консумация: Белгия два пъти повече от Холандия, и респективно антибиотичната резистентност в Белгия е много по-висока.
2. *Антимикробните средства*. Някои антимикробни средства селекционират по-често устойчивост от други, напр. Rifampicin
3. *Режимът на дозата*. По-продължителни антибиотични курсове, дозировка, която не осигурява тъканни концентрации в мястото на инфекцията през цялото време, по-високи от минималната потискаща концентрация, както и перорално прилагани антибиотици са често асоциирани с развитието на антибиотична резистентност.

4. *Поведението на пациента, обществото и социалните условия.* Съвременната антимикробна химиотерапия трябва да разчита на съзнателното участие на пациента в лечебния процес (т. нар compliance). Недопустимо е пациентът да изисква изписването на антибиотик – напр. по повод на простуда или друга вирусна инфекция. Самолечението рядко може да излекува една инфекция, а по-скоро ще доведе до развитието на антибиотична резистентност.



Всяка година хиляди души загиват поради антибиотична резистентност, породена от безразборния прием на антибиотици. Антибиотичната резистентност убива 700 000 души годишно в световен мащаб, жертвите в Европа са около 33 000 души, като 39 % от тях се дължат на вътреболнични инфекции. „Ако не се вземат спешни мерки, до 2050 г. тя ще взима повече животи от рака“ е прогнозирайл Скендер Сила, ръководител на българския офис на Световната здравна организация (СЗО).

## ВТОРА ГЛАВА. АНТИБИОТИЧНА РЕЗИСТЕНТНОСТ У НАС И РАЗРАСТВАНЕТО Й ПО ВРЕМЕ НА КОВИД ПАНДЕМИЯТА

Живеем във време, когато всеки от нас е „лекар“ поради прекалено лесният достъп до огромната база информация, която освен, че не винаги е доказана и проверена, е и строго професионална, т.е. медицинска и няма как да бъде масово приложена, тъй като би следвало към всеки човек (пациент) да се подходи спрямо неговото състояние.

Д-р Скендер Сила обръна внимание, че пандемията от Ковид-19 задълбочава проблема с антимикробната резистентност. „За съжаление, по време на пандемията получаваме информация за неправомерно и прекомерно използване на антибиотици. Според ново социологическо проучване в няколко европейски страни от 6% до 46% от анкетираните са се самолечували с антибиотици. При това от 79% до 86% от тях не са били заразени и са ползвали антибиотиците „профилактично“, тоест без никаква полза. Едва в 8% – 10% приемащите антибиотик са имали тежко протичаща инфекция с COVID-19“, съобщи д-р Скендер Сила.

По данни на НЦЗПБ в българските болници се изписват три пъти повече антибиотици, отколкото в болниците в развитите европейски държави. Голяма част от българските общопрактикуващи лекари се презастраховаха, изписвайки 2-3 антибиотика на пациенти, които нямат симптоми или имат само положителен тест, и директно им се изписваха антибиотици, но без никаква антибиограма. Според наблюденията на фармацевтите се наблюдава спад в изписването на антибиотици за лечение на Ковид-19, но все още доста често азитромицинът остава един от най-изписваните медикаменти. У нас близо 80% от антибиотиците се прилагат в извънболничната помощ, но липсва всякакъв контрол за това дали медикаментите се прилагат правилно. Съвсем закономерно по тези причини се наблюдава и тенденция за увеличаване на антибиотичната резистентност в България.

Ето и една примерна схема на разпространение на антибиотичната резистентност, изготвена от Европейски център за превенция и контрол на заболяванията – от храната ни (животни, зеленчуци), решенията на отделните индивиди, вътреболничните инфекции и неправомерното предписване на антибиотици от личните лекари, както и начинът ни на живот (улеснено пътуване между държави и континенти):



През изминалите години светът се изправи пред извънредна ситуация – пандемия с международен мащаб. COVID-19 е не само здравна криза, тя е също социална и икономическа криза, която засегна най-тежко бедното население. В началото на COVID пандемията не се знаеше почти нищо за вирусния патоген.

До преди пандемията България беше на едно от последните места в света по антибиотична резистентност. След COVID тези стойности тепърва ще се преизчисляват. У нас голяма част от симптомните носители на SARS-CoV-2 инфекцията са лекувани в ранните етапи на болестта ПРЕВАНТИВНО с повече от един антибиотик без потвърждение за бактериална инфекция. В педиатричната възраст, когато децата най-често боледуват от вирусни инфекции, повечето терапевтични линии също включват ПРЕВАНТИВНО антибиотик.

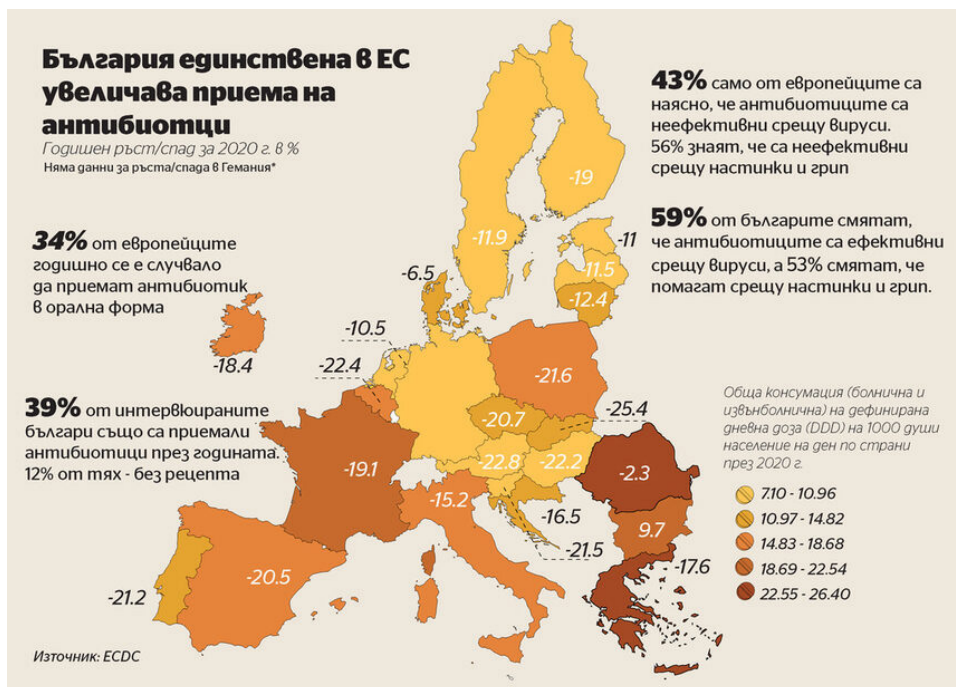
Антибиотикът не е превенция! Той е специфично лечение при доказана нужда, в терапевтична доза, предписана от специалист.

Проблемът с безразборния прием на антибиотици се разраства до неимоверни мащаби. Страхът от неизвестното накара хората да приемат още повече

антибиотици без да са изписани от медицински лица. Тук, ролята и на фалшивите новини, заливащи ни от интернет пространството, също беше огромна, както и страховитото поднесената информация от телевизионните канали.

България, като една от новите страни-членки на Европейския съюз (ЕС), трябва да изпълнява редица препоръки и задължения, особено в сферата на здравеопазването, тъй като се явява източна граница на ЕС към страните от Близкия Изток и Азия. Част от тези задължения включват строгото контролиране и ограничаване проникването и разпространението на полирезистентни и проблемни щамове в рамките на ЕС. Тук с водещо значение са двете директиви: Директива 77 от 2002 за рационалното използване на антибиотиците и Директивата (2009/С 151/01) за борба с ВБИ и безопасността на пациентите на ЕС. Директива 77 задължава страните членки да развият научен потенциал за изучаване механизмите на лекарствена резистентност. Подобен характер има и приетата на скоро директива (2015/С 299/04) за рационалното прилагане на антибиотиците във ветеринарната медицина.

Съвременните тенденции за ограничаване на АР се концентрират върху прилагането на т.нар One-Health подход, който включва координирани действия както от страна на хуманната, така и от ветеринарната медицина и хранителната индустрия. Около 80 % от антибиотиците в хуманната медицина се използват в доболничната помощ – предимно в детска възраст, при инфекции на ГДП и на средното ухо, при риносинусити и фарингити, при това 50 до 80% от тях без да бъдат необходими, или приложени правилно.



В някои страни свободната продажба на антибиотици без лекарско предписание е предпоставка за широкото им и неправилно прилагане, водещо до бързо преобладаване на антибиотичната устойчивост. Все още у нас е доста разпространено неадекватното приложение на антибиотици: при остри респираторни заболявания, остри инфекции на гастроинтестиналния тракт и други, чиито най-често вирусни причинители въобще не са чувствителни към наличните противобактериални антибиотици, или се касае за самоограничаващи се инфекции, изискващи общоукрепващи лечебни мерки.

Масова практика е да не се извършва микробиологична диагноза и антибактериалната терапия се провежда без уточняване антибиотичната чувствителност и резистентност на причинителя (т. нар емпирична терапия), което също е предпоставка за бързото създаване и разпространение на лекарствена резистентност. Масово не се спазва нормативната уредба и антибиотици се продават без рецепти от аптечните заведения. Резултат от това е задълбочаването на порочния кръг на увеличаващата се антибиотична резистентност. Основен проблем е и натискът на фармацевтичните компании върху общопрактикуващите лекари и педиатрите, за да се изписват и продават повече антибиотици.

Във връзка с борбата с COVID-19 и в резултат на създалата се масова психоза, от аптеките в цялата страна изчезнаха антибиотиците от почти всички видове, марки и разфасовки. От СЗО предупреждават, че това крие голяма опасност: бактериите стават все по-резистентни, а антибиотиците – неефективни. 40% от всички европейци погрешно вярват, че антибиотиците действат срещу настинки и грип, показват данните от Евробарометъра през 2013 г. относно потреблението на антибиотици и познаването им. Както се оказа, никакви предупреждения в медиите, каквито и да е мнения на лекари и организации не можаха да се справят с масовото разпространение на „компетентни“ съвети, получени от приятелки, заимствани основно от социалните мрежи.

Като част от стратегията на ЕС за борба с антимикробната резистентност, през април 2016 г. бе проведено проучване в 28 държави-членки, проследяващо напредъка в рационалното използване на антибиотиците в обществото както и осведомеността за тях. Обхванатите теми, включваха: отчетеното потребление през последната година, обществената информираност за антибиотиците, информация за тяхното действие, получена от доставчиците на здравни услуги и медии, възприемане на най-подходящия отговор на политиката спрямо антибиотичната резистентност и отношението към употребата на антибиотици в селското стопанство и околната среда. Предишни проучвания по същата тема са публикувани през 2010 и 2013 година.

Обобщените резултати от това проучване показват, че:

- 34% от интервюираните са приемали антибиотик в орална форма през последната година;

- степента на употреба варира според държавата, като най-висок процент е отчетен в Малта и Испания (47%), а най-нисък в Швеция (18%) и Холандия (20%);
- жените са по-склонни да прибегват до антибиотици и повишената употреба корелира с ниската степен на образование и ниски доходи;
- повечето от европейците си набавят антибиотици чрез своя лекар;
- като най-чести причини за прием на антибиотици се посочват бронхит, грип и възпалено гърло;
- едва 43% от европейците са наясно, че антибиотиците са неефективни срещу вируси, 56% знаят, че са неефективни срещу настинки и грип;
- едва 37% са информирани относно забраната на антибиотиците като растежни фактори в животновъдството.

За България данните сочат, че:

- 39% процента от интервюираните са приемали антибиотици през последната година, като 12% посочват прием без рецепта;
- 59% смятат, че антибиотиците са ефективни срещу вируси;
- 53% срещу настинки и грип.

Единственото друго проучване е проведено от пловдивски екип сред 1050 българи и сочи че самолечението с антибиотици достига до 43% .

Изложените данни показват, че в Европа като цяло информираността на обществото по отношение на антибиотиците остава ниска. България е една от страните с най-висок прием на антибиотици без рецепта наред с Гърция, Румъния, Кипър и Латвия. Необходими са още по-мощни кампании, целящи да образуват населението по отношение на този важен проблем особено в години, в които избухват пандемии от различни вируси.

Според световната статистика едва 7% от болните от COVID-19 са имали нужда от лечение с антибиотик, защото са развили бактериална инфекция. В България обаче 75% от заразените са приемали поне един антибиотик, казва доц. д-р Иван Иванов, ръководител на Националната референтна лаборатория „Контрол и мониториране на антибиотичната резистентност“ към Националния център по заразни и паразитни болести. Както каза и министърът на здравеопазването на България, проф. Асена Сербезова в свое интервю по отношение на проблема: „Пандемията от COVID-19 поставя проблематиката с антимикробна резистентност в нова плоскост. Сега още повече е необходимо да разберем сложната връзка между вирусните и бактериалните инфекции. Някои симптоми на COVID-19 имитират бактериална инфекция. Само 8% от хоспитализираните пациенти с COVID-19 обаче имат бактериална или гъбична инфекция, но 72% от тези пациенти получават антибиотично лечение. Тази практика не само ще доведе до повишена неподходяща употреба на антибиотици в световен мащаб, но и ще доведе до по-нататъшно развитие на антими-



кробна резистентност. Само пациенти с тежък COVID-19 и клинични симптоми на бактериална инфекция трябва да получат антибиотично лечение.“

Прекомерната употреба на антибиотици създава резистентни към тях бактерии, които след време причиняват тежки, а понякога и фатални инфекции. Огромният ръст в предписването през последните две години се дължи на комбинация от паника, лошо управление на здравната система, нисък контрол върху аптеките и лекарска безотговорност.

### **ТРЕТА ГЛАВА. ОВЛАДЯВАНЕ НА ПРОБЛЕМА ЧРЕЗ ВЪВЕЖДАНЕ НА БЕЛИ ЕЛЕКТРОННИ РЕЦЕПТИ И ЕЛЕКТРОННО ДОСИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ**

В опит да се справи с проблема с антибиотичната резистентност (а и не само), България ще трябва да синхронизира, в това число да адаптира, подпомогне и организира провеждането на националната стратегия за рационално приложение на антибиотиците и системата за надзор на антибиотичната резистентност в България, в съответствие с изискванията на ЕС към страните-членки.

За осъществяването на тази цел се предвиждат следните задачи:

1. Да синхронизира с европейското законодателство провеждането и функционирането на рационална антибиотична политика в национален мащаб, базирана върху ограничаване свободната продажба и неиндицираното приложение на антибиотиците в хуманната, ветеринарната медицина и в селското стопанство, надзора на антибиотичната резистентност и съвременните критерии на рационалната антибиотична политика (микробиологични, фармакологични и терапевтични).
2. Постоянно стандартизиране и контролиране на методите за определяне на чувствителността към антимикробни средства.
3. Организиране текущото провеждане на вътре- и извънлабораторния контрол на методите за идентификация на микроорганизмите и определяне на чувствителността им към антимикробни средства.
4. Администриране, усъвършенстване и постоянно функциониране на система за институционален и национален надзор на антибиотичната резистентност и антибиотичната употреба в хуманната медицина – BulSTAR.
5. Разработване на национална система за надзор на антибиотичната резистентност във ветеринарната медицина и селското стопанство
6. Администриране и постоянно функциониране на националната компютърна програма за мениджмънт в микробиологичните лаборатории НИС “КМНИ”.
7. Обучение на медицинските кадри и разпространение в обществото на необходимия обем информация относно ползата и вредата от

антибиотиците, рационалното им приложение, и неблагоприятните последици от самолечението.

8. Осъществяване постоянен контрол на инфекциите в болничните заведения (Комисии по Болнични Инфекции – КБИ, акредитационни механизми)
9. Постигане на консенсус между органите на държавната власт, медицинските институции и производители и бизнес средите в разбирането за изключителната важност на проблема на нарастващата резистентност на причинителите на инфекциозни заболявания към антимикробните средства и отражението му върху здравето на индивида и нацията, вкл. неблагоприятните социални и икономически аспекти.

Необходимо е ангажиране в пряко участие на органите на изпълнителната власт, медицинските институции, научни дружества, фирмите производители, вносители и разпространители на антимикробни препарати, средствата за масова информация, неправителствени организации. Сформирането на национална междуправителствена комисия (междусекторен експертен съвет) по рационална антибиотична политика, включващ представители на: Министерството на здравеопазването (дирекция „Политика по промоция на здраве и профилактика на болестите“), лекари специалисти в областта на антибиотичното приложение и надзора на инфекциите и резистентността, представители на фармацевтичната индустрия, ветеринарната медицина и селското стопанство, неправителствени и пациентски организации, НЗОК, ИАЛ.

Надзорът в здравеопазването е текущо системно събиране, анализиране и интерпретиране на данни, необходими при планирането, провеждането и оценката на практиката на здравеопазването. Системата за надзор включва още периодично разпространение на тези данни до лицата, които могат да предприемат ефективни и контролни дейности, включително клиницисти, лабораторни и научни работници и участващите в сферата на общественото здравеопазване.

Провеждането на надзор на антибиотичната резистентност е критично за:

- предоставянето на информация за възникващи проблемни механизми на резистентност;
- мониторирането на променящите се модели на устойчивост и за рационалното определяне методите за профилактика и контрол на разпространението на причинителите;
- своевременното информироване на клиницистите за проблеми с резистентността в тяхната област/институция, което да обоснове решението им по предписваните антибиотици и да осигури успех на антимикробната терапия;

- установяване на тенденциите и вариациите на АР в зависимост от използването на антибиотиците, което би подпомогнало определянето на превантивните мерки, и предполага мониториране и на антибиотичната консумация;
- това кои антимикробни средства трябва да бъдат регистрирани, както и какви нови антибиотици е необходимо да бъдат разработени в научните лаборатории на фармацевтичната промишленост.

Все повече национални и международни групи организират и провеждат надзор върху АР, като повечето от международните програми за надзор се ръководят от открития през 2006 г. в Стокхолм Европейски Център по Превенция и Контрол на Заболяванията – (European Centre for Disease Prevention and Control).

Националната програма за надзор на етиологичната структура на инфекциите, бактериалната резистентност и антибиотичната консумация в Република България – BulSTAR (Bulgarian Surveillance Tracking Antimicrobial Resistance) стартира през 1997 г. като проект за надзор в отдела по микробиология на Националния Център по Заразни и Паразитни болести (НЦЗПБ). През последните години, България като една от страните-членки, модернизира системата си за надзор, според най-модерните тенденции и изисквания на ЕС към надзорните системи. След 2002 г. и понастоящем, под името BulSTAR системата се администрира от Българската Асоциация на Микробиолозите (БАМ) и обхваща микробиологичните лаборатории от всички региони на страната.

Участниците изпращат отчети, в които са включени данните за всички изолирани бактерии през предходната година, както и информация за тяхната чувствителност към над 50 антибиотични препарата. Данните от отчетите на всички участници в BulSTAR се контролират за грешки, обобщават и подлагат на анализ в Националната референтна лаборатория по Контрол и Мониториране на Антибиотичната Резистентност (НРЛ „КМАР“) към отдела по микробиология в НЦЗПБ. Годишните анализи и обобщените национални данни се базират на над 130 хиляди изследвания за чувствителност на бактериите към антибиотици.

Целта на БАМ е чрез събирането и анализирането на данните за резистентността от цялата страна, в рамките на Националния надзор – BulSTAR, да се получат така наречените „усреднени данни“ за България, които да служат за сравнение, както между отделни болници, градове и региони, така и като национална база данни, мониториране тенденциите в промяната на нивата на резистентност на най-честите причинители на инфекции в страната.

Данните от BulSTAR са основата, на която се базират докладите, които страната ни изпраща към Европейската комисия и подобните институции, касаещи ситуацията в страната ни по проблемите на антибиотичната резис-

тентност и стратегията за разумното използване на антибиотици в хуманната медицина в страните от ЕС. През 2015 г. в VulSTAR са участвали 140 микробиологични лаборатории: петте медицински катедри, 59 МБАЛ, 19 СБАЛ, 20 РЗИ и 37 частни лаборатории, като покритието на страната надминава 90 %.

Надзорът е толкова добър, колкото е качествена, надеждна и представителна информацията на данните. Предварително условие е, следователно, стандартизирането и контролът на работата в клиничните микробиологични лаборатории.

Провеждането на Националната система за надзор на АР изисква ефективна колаборация между участващите партньори от НЦЗПБ, Медицинските факултети и държавните университетски болници, специализираните болници, обединени районни болници, РЗИ и частните лаборатории, аптечната мрежа както и използването на съвременни информационни системи. Организирането на надзора на АР, независимо от сложността на проблема, изисква много усилия и подпомагане на дейността от отделните здравни институции, МЗ, НЗОК, Правителството, фармацевтичната индустрия, неправителствени организации и международни организации. Създаването на специален фонд от средства ще улесни изпълнението на необходимите дейности.

За електронно здравеопазване у нас се говори от 2002 г. Оттогава не един или двама министри обещаваат, че единна здравна информационна система ще има.

Според регламентиран проект на Наредба за функциониране на Националната здравноинформационна система (НЗИС), в **електронното досие** ще се събира, обработва и съхранява информация за здравното състояние на населението чрез създаване и поддържане на електронен здравен запис на всеки гражданин.

Едновременно с образуването на електронно здравно досие системата генерира и уникален личен идентификационен код (ЛИК) на лицето във формат, недопускащ извличането на лични данни от него. Личният идентификационен код се съобщава незабавно на лицето чрез електронно съобщение по посочения от него начин. Чрез него ние ще имаме достъп до нашето собствено досие.

Какво съдържа електронното досие? Електронното здравно досие има следната структура:

1. идентификационни данни;
2. информация за новороденото;
3. медицински прегледи;
4. направления;
5. резултати от медико-диагностични дейности;
6. хоспитализации;
7. имунизации;

8. рецепти (електронни предписания);
9. медицинска експертиза.

### Какво е здравен запис?

Електронният здравен запис представлява структура от данни за извършените от медицинските и немедицински специалисти дейности, с които се генерира или използва здравна информация за физическото лице или които са относими към здравето състояние на лицето, независимо от неговия здравен статус и източника на финансиране на съответната дейност.

Всеки от записите има уникален Национален референтен номер (НРН). Всички здравни записи за едно физическо лице образуват електронно здравно досие на лицето. Електронното здравно досие се генерира автоматично с генерирането на първия електронен здравен запис за лицето. Всеки преглед на пациента задължително да се удостоверява от него с е-подпис, генериран от НЗИС код или ръчен подпис върху хартиен документ.

Освен лекарите, всеки пациент ще има достъп до данните в електронните здравни записи във своето досие. Достъпът на пациента се осигурява чрез здравноинформационния уеб портал на системата [www.his.bg](http://www.his.bg)

При нужда от по-бързи действия при спешни случаи Електронното здравно досие осигурява бърз достъп до здравна информация за лицето, необходима при спешни състояния, в следния обхват:

1. имена и ЕГН;
2. кръвна група;
3. алергии;
4. задължителни и други проведени имунизации;
5. прекарани остри инфекциозни заболявания;
6. установени хронични заболявания или увреждания;
7. провеждано или провеждащо се медикаментозно или друго лечение;
8. вложени медицински изделия;
9. данни за контакти с близки.

Когато всички тези данни вече са въведени, няма да има нужда да биват съобщавани при спешни случаи, което спестява време.

ЗДРАВНО ДОСИЕ    КАЧИ ФАЙЛ

Изберете чие пациентско досие искате да видите

Иван Иванов    Всички години    Всички категории    Изчисти филтрите

Писмена консултация Онлайн консултации	2018.09.21	ВИЖ
Амб. лист Прегледи	2018.09.03	PDF
Амб. лист Прегледи	2018.07.09	PDF
Амб. лист Прегледи	2018.07.09	PDF
Изследване Изследвания	2018.07.06	PDF
Амб. лист Прегледи	2018.07.05	PDF

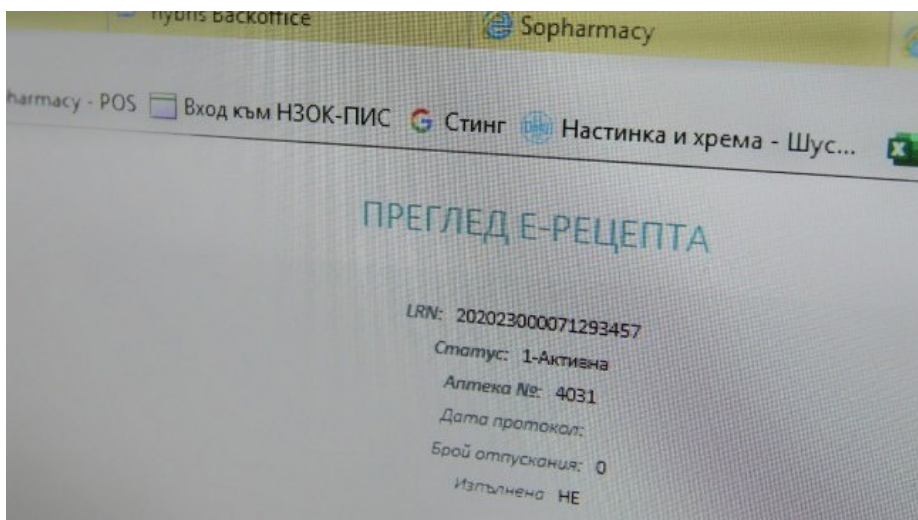
### В какъв срок се съхранява досието и кой има достъп?

Електронното здравно досие ще се съхранява за срок петдесет години след смъртта на лицето. Данните могат да се ползват анонимно, за статистически и научни цели. Системата може да осигурява и интеграция с други информационни системи, поддържани от Министерството на електронното управление, лечебни и здравни заведения, застрахователните дружества, както и с информационни системи на МВР, НОИ и други органи при липсата на законови пречки за това, пише в проекта на Наредбата.

Финансовите средства за изграждането на Националната здравноинформационна система са осигурени от държавния бюджет. Те възлизат на 9 862 000 лв. Предвидени са по бюджета на Министерство на здравеопазването за периода 2020-2022 г. Сумата обхваща и изграждането на интеграционна среда, наричана още единна среда за обмен на медицински данни.

Електронното здравно досие е ключово и ще помогне на хората и лекарите да имат повече контрол и яснота върху собственото им състояние. От особена важност за всеки човек е да има достъп до обществена информация и личните си данни най-вече ако тази информация е свързана с неговия здравен статус. Посредством медицинско досие се съхранява, актуализира, а при нужда и предоставя, медицинска информация на лекаря, лекуващ пациента. Важно е тази информация да бъде достъпна по всяко време на денонощието от всяка точка на Земята с помощта на Интернет. Наред с всичко това, възможността за постоянен достъп от всеки, който е оторизиран до личното досие на пациента, спестява време и финансови средства.

Често срещан недостатък, проявил се в световната практика в процеса на изграждане на медицински информационни системи (МИС) и употреба на болнични информационни системи (БИС) е съвместната работа и комуникацията помежду им. Както се видя през последните години, за да има контрол върху предписваните медикаменти, трябва да се въведе **електронна рецепта** за всички лекарства, а не само за тези по Здравна каса. Електронната рецепта е неизменна част от т.нар. електронно здравно досие.



Развитието на технологиите променя облика на всички сфери от обществения живот, включително и в здравеопазването. В първото десетилетие на 21-ви век започва въвеждането на електронните рецепти на лекарствата в някои от най-развитите страни, които са неразривна част от модернизиранията на техните здравни услуги. Първоначално към новоизградените информационни системи са присъединени само част от болниците, но по-късно към тях се включват и лекари-клиницисти, по-малки медицински центрове и т.н., като в някои държави новите технологични решения обхващат цялото им население.

В Европа най-напреднали страни по отношение на дигиталните здравни услуги са Скандинавските страни, Естония, Хърватия, Великобритания, а по света електронните рецепти са разпространени в различна степен в Канада, САЩ, Индия, Австралия, Русия, Бангладеш. От началото на 2019 г. Финландия и Естония са първите две европейски страни, на които гражданите могат да си купят лекарство с е-рецепта (т. нар. ePrescriptions) не само в своята страна, например естонски гражданин да я използва във Финландия и обратното.

Политиката на ЕС поощрява интегрирането на вече съществуващите системи за електронно здравеопазване, тъй като иска да улесни лечението и използването на лекарства за всички жители на съюза, независимо от тяхното гражданство.

данство. Това напълно синхронизира с един от основополагащите европейски принципи за свободното движение на хора. Създадената европейска инфраструктура за електронно здравеопазване за цифрови услуги (eHDSI) предвижда обмен на електронни рецепти, така че да не е необходимо на потребителите да имат писмено предписание за необходимите им фармацевтични продукти, когато отидат в друга страна

Въвеждането на е-рецепта (ePrescriptions) в Европа и други развити страни се бави по няколко причини. В ЕС въпреки общите регламенти на съюза има доста разлики в законодателството, което касае лекарствената търговия в различните държави. Различия има и в тълкуването на законодателствата за защита на личните данни – за тяхната ефективна защита и поверителност. Отделно, изграждането на електронната здравна система, част от която е е-рецептата, ангажира значителен финансов ресурс. Това обяснява не само неравномерното въвеждане на електронното предписание на лекарства, но и трудностите с интегрирането на всяка от страните-членки в общоевропейската електронна система за здравеопазване.

С нейното интегриране ще може да се проследяват назначените и приемани терапии, както и ефективността от лечението. Освен това ще се покаже при какви диагнози – каква терапия се назначава и съобразена ли е тя със съответните фармако-терапевтични ръководства. Друго предимство е, че въвеждането ѝ може да спомогне за предотвратяване на злоупотреби, като закупуване на медикаменти по лекарско предписание без наличието на рецепта или пък нерационална употреба на лекарства.

Бялата рецепта, в системата на НЗИС, е изключително просто устроена и „олекотена“. Там няма контрол и проверка на това дали пациента е здравно осигурен, както и всички други контроли, които съпътстват електронните рецепти по НЗОК – диагнози, номер на протокол, заверка, връзка на лекарство с диагноза, ограничения в брой предписания на една рецепта, дози и т.н. В бялата рецепта единствените данни, които ще присъстват, са имената на пациента, ЕГН или друг идентификационен номер, и данните на лекаря. Няма сериозен трансфер на данни или други процеси, които да натоварят системата. В този ред на мисли, бялата рецепта няма да натовари значително системата на НЗИС.

Как работи цялата система от изписване на медикамент до закупуването му от пациента:

Трябва да посетите общопрактикуващия ви лекар, който през компютъра си ще генерира вашата рецепта. Това отнема само няколко минутки, не повече от написването на хартиена рецепта. След това трябва да отидете в избрана от вас аптека. Там само с ЕГН-то ви фармацевтът ще провери назначеното лечение. За улеснение е добре да знаете и на коя дата е издадена рецептата, т.е. деня, в който сте посетили личния си лекар и е проведен преглед.



Когато се касае за медикаменти за хронични заболявания, в е-рецептата се отбелязва, че тя ще важи например за 3 месеца. Останалите предписания са еднократни.

Ако обаче имате изписани 6 лекарства и в дадената аптека не са налични всички или пък се продават на по-висока цена, можете да посетите и други обекти, откъдето да купите останалите медикаменти. Не е задължително цялата рецепта да бъде изпълнена в една аптека.

Ако пациентът е трудноподвижен или не се чувства добре, негов близък може да вземе лекарствата му, като отново за целта ще се изисква ЕГН на пациента и датата на прегледа.

При хартиените рецепти често се случва в аптеката да нямат наличен конкретен медикамент, но да ни предложат негов заместител или т.нар. генерик. В електронните рецепти ще трябва изрично да се посочи от лекаря, че позволява генерична замяна. Ако това не е упоменато, фармацевтът няма да има право да предлага друго лекарство. Вие обаче можете да помолите личния си лекар да не изписва медикамента по търговско наименование, а по т.нар. международно непатентно наименование. Това ще даде възможност на фармацевта да предложи алтернативни лекарствени продукти.

За да не се получават затруднения и да се изписва едно електронно, а друго на хартия, е предвидено в електронната рецепта да има поле, където в свободен текст лекарят ще може да изпише всичко, което е различно от лекарствените продукти. Това е улеснение, а и ще позволи в досието на пациента да присъстват абсолютно всички продукти, независимо дали са ОТС или рецептурни, хранителни добавки или медицински изделия. Така всеки специалист, който лекува съответният пациент ще е наясно какво приема или приемал пациента. В това поле със свободен текст лекарят ще може да дава и допълнителни уточнения към терапията.

Електронното здравеопазване е бързоразвиваща се област, в която си взаимодействат съвременните информационни и комуникационни технологии, общественото здравеопазване, предлагането на здравни услуги и информация. Информационните технологии са вече широко използвани в някои страни, например САЩ, Дания, Великобритания, при предписването на антибиотици. Съвременни компютърни системи предлагат експертни системи, които могат да одобрят или не избора на антибиотик, да предложат алтернатива, по-подходяща от гледна точка на евентуален причинител, или на локалните образци на резистентност, да посъветва за антибиотичен курс, само ако симптомите на инфекцията персистират, или да предупреди от евентуална опасност при терапията. Макар първоначално въведени в някои болници, се счита, че те ще бъдат особено полезни за общопрактикуващите лекари. Изпитването на по-

добни системи в страната е належащо и трябва да стане задължение на ЕСАП, Подкомисиите към ЕСАП и съответните университетски катедри.

С всички тези нововъведения дали можем да се справим с проблема?!

Коронавирусната пандемия предизвика през 2020 г. свръхупотреба на антибиотици, което увеличи неимоверно резистентността на бактериите към антибиотично лечение. Това на практика води до невъзможност да се лекуват с антибиотици дори банални инфекции, категорични са специалистите. Антибиотиците не може да се ползват за профилактика на COVID-19. Единственото средство, което предпазва от заразяване и от тежко боледуване са ваксините. Препоръката на СЗО е при леките форми на протичане на заболяването антибиотици изобщо да не се предписват. При средните по тежест случаи такъв вид медикамент би трябвало да бъде прилаган едва при съмнения за втора инфекция. И дори при тежките случаи на коронавирус експертите не съветват да се предписват антибиотици като мярка за сигурност. „Профилактичното даване на антибиотици не е препоръчително“, гласи германската директива за интензивно медицинско лечение на пациенти с Ковид-19.

Въпреки това очевидно много лекари по света често изписват антибиотици без нужда, показват актуални изследвания. От тях става ясно, че по-малко от 10 процента от пациентите с Ковид-19 развиват бактериална суперинфекция, но антибиотици се предписват на много по-голям брой заболели хора. „Ако коронавирусът продължи да бъде световен проблем и хоспитализираните продължат да получават големи количества антибиотици, това ще се отрази на резистентността“, казва Йорг Яне Ферешилд, инфектолог в университетската клиника в Кьолн. Той критикува това, че някои лекари гледат на антибиотиците като на безобидно допълнение към лечението и ги препоръчват твърде често при по-леките случаи на Ковид-19 – едно явление, което се наблюдава със загриженост и от учените и лекарите в Германия. Становището на Ферешилд се базира на данни, събрани от 2 700 пациенти с Ковид-19, една четвърт от които са били леки случаи и, въпреки това, са били лекувани с антибиотици. При повечето от тях това изобщо не е било необходимо.

У нас през ноември 2021г се проведе Световната седмица, посветена на осведомеността за антимикробната резистентност и COVID-19 (18 – 24 ноември 2021 г.). Организатор на събитията в информационната кампания е Офисът на СЗО в България. Сградата на НДК беше осветена в синьо, за да алармира символично за огромната заплахата от антимикробна резистентност, но и за да напомни, че надежда има!



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рационална е онази антибиотична политика, в която антибиотиците са предписани само, когато са показани, и приложени в необходимата доза, по необходимия път и за необходимия период от време. Тя предполага избор на най-подходящия антибиотик за пациента по отношение на антибактериалния ефект, спектър на действие, малка вероятност да потенцират развитието на странични ефекти и антимикробна резистентност и потискане на нормалната микрофлора, и разбира се, с добър показател цена/ефективност.

В страните от ЕС и САЩ се изграждат на национално и институционално ниво Терапевтични комитети (Междуведомствени комисии по антимикробна терапия, Комисии по Болнични Инфекции), със задачи да разработват препоръки и да провеждат в практиката на принципите на рационалната антибиотична политика.

Важно условие е да се ограничи до възможния минимум изписването и употребата на антибиотици. Развитието на АР към всеки антибиотик налага използването на повече ваксини и други превантивни средства (например имуностимулатори и общоукрепващи препарати). Крайно необходимо е да не бъде възможно свободното купуване на антибиотик без лекарско предписание – т.е., да се упражнява строг контрол за спазването на това законово положение. Предпоставки за по-добро предписване на антибиотиците са:

- да се спре излишното предписване, продажба и използване на антибиотиците – например при вирусни инфекции на горните дихателни пътища или при самоограничаващите се диарийни бактериални инфекции;
- да се съкратят излишно продължителните антибиотични курсове – например при цистит, при профилактика в хирургията;
- да се избегне неподходящото повторение на курсовете – например при повтарящи се курсове без микробиологично потвърждение;
- да се избегне неподходящото назначение на широкоспектърни антибиотици – например ciprofloxacin при инфекции на горните дихателни пътища
- да се идентифицират и други случаи за неподходящо предписване на антибиотиците;
- да се популяризират бързите тестове за диагностика (т. нар. point-of-care), които да се извършват в кабинета на лекуващия (общопрактикуващия) лекар. Такива са например доказалите се бързи тестове за доказване на *S. pyogenes* и определяне на C-реактивния протеин (CRP), които могат да способстват за намаляване предписването на антибиотици в доболничната помощ с над 30%.

Понастоящем в целия свят редица национални и международни комитети и организации изготвят инструкции (препоръки) за антибиотична политика в отделните области на медицината.

Необходимо е на национално ниво към ЕСАП да се създадат подкомисии по антибиотична политика от специалисти-клиницисти и микробиолози, със задача да разработват препоръки и стандарти за антимикробна терапия и антибиотична политика в доболничната и болнична помощ на отделните медицински дисциплини: вътрешни болести, хирургия, педиатрия, ото-рино-ларингология, инфекциозни болести и т.н. Комисиите да включват експерти клиницисти и микробиолози, излъчени от съответните научно-медицински дружества.

В едногодишен срок след създаването си подкомисиите да разработят Национални препоръки и стандарти за рационално използване на антибиотиците в съответната медицинска област, вкл. и доболничната, както и конкретно по инфекции на системите: на дихателните пътища, на уро-гениталната система, на сърдечно-съдовата система, на нервната система, на кожата, меките тъкани, ставите и костите, при сексуално-преносимите инфекции.

Препоръките да бъдат съобразени със съвременните световни разбирания за добра клинична практика: качествена и бърза клинична и микробиологична диагноза на инфекциите, на базата на последните постижения във фармакологията, и съобразени с минимален риск от развитие на антибиотична резистентност и минимални екологични нарушения. Препоръките трябва да бъдат съобразени със Закона за лечебните заведения и Наредба 2 по отношение на

антибиотичната политика и по специално с необходимостта за постигане консенсус за емпирична терапия и ротация на използваните антибиотици.

Целесъобразно е изготвянето и периодичното осъвременяване на списъци с препоръчвани за използване антибиотици на три нива: в доболничната помощ (домашен лекар), в доболнична помощ (специализирана) и в болниците. Препоръките да бъдат предложени за широко обсъждане от медицинската общественост и да бъдат доведени до знанието на практикуващия лекар.

Подкомисиите по антибиотична политика от състава на Лекарствените комисии в болниците или Комисии по антибиотичната политика в болниците, които няма да създават лекарствена комисия да работят в тясна връзка с КБИ.

Към Комисиите по лекарствена политика по закона за лечебните заведения да се учредят подкомисии по антибиотична политика (подкомисии по антимикробна терапия). В болниците, в които не съществува Лекарствена комисия да се организират комисии по антибиотична политика (комисии по антимикробна терапия). Основната задача на комисиите е създаването и контролът по изпълнението на рационална антибиотична политика и антимикробна терапия в болницата. В комисиите да участват експерти микробиолози (вирусолози, паразитолози при наличен щат), клиницисти, фармаколози и фармацевти. В болниците, притежаващи микробиологична лаборатория водеща трябва да бъде ролята на клиничния микробиолог.

Комисиите да изработят на базата на националните препоръки, институционални инструкции за текуща работа, които да бъдат съобразени с локалните образци на резистентност. Инструкциите да бъдат обсъдени нашироко с медицинските работници, които ще ги прилагат, преди да бъдат приети. Оценка за добра клинична практика да се извършва съобразно обосновката за избор на антибиотик, дозата, режимът, ефектът на лечението, евентуална поява на рецидив, суперинфекция, развитието на антибиотична устойчивост. Съобразно профила на здравната институция комисиите по антибиотична политика да работят и върху проблемите на лечението и лекарствената резистентност при вирусните и паразитните инфекции.

Успешното осъществяване на рационална антибиотична политика е свързано и зависи до голяма степен от квалификацията на медицинските специалисти и от разбирането на проблема от широката общественост. Неслучайно важноста на проблема с антибиотичната резистентност инспирира сформирания в Стокхолм през 2006 г. ECDC да инициира международна кампания за запознаване с антибиотичите и промоциране на тяхната рационална употреба.

С решение на Европейския парламент датата 18-ти ноември е определена за Европейски Ден на Антибиотиците (European Antibiotic Awareness Day). Европейският Ден на Антибиотиците е международна здравна инициатива, ръководена от Европейският Център по Контрол на Заболяванията (ECDC),

съвместно със Световната Здравна Организация (СЗО) и много европейски институции и научни организации в страните от ЕС.

Целта на тази международна кампанията е това да бъде ежегодно събитие, с което да се повиши информираността на обществото относно антибиотиците и да се разясни правилната им употреба, с цел запазването им като животоспасяващи лекарства.

От 2015 г. СЗО стартира организирането на Световна седмица на отговорното прилагане на антибиотиците (World Antibiotic Awareness Week), в която също се провеждат мероприятия за повишаване информираността на обществото. България също трябва да се включи все по-активно във всеобщата кампания за разумна употреба на антибиотици и националната стратегия трябва да се отделят необходимите средства за тази глобална кауза.



Нарастването на заболяванията в световен мащаб, причинени от устойчиви на лекарства бактерии, поради прекомерна употреба и злоупотреба с антибиотици, е основен приоритет за общественото здраве. Лечението на резистентни на антибиотици инфекции е по-трудно и скъпо и хората и това не винаги дава резултат.

Ваксинацията е високоефективен начин да се предотврати разпространението на зарази в обществото и по този начин да се предотврати необходимостта от антибиотици. По-доброто използване на съществуващите ваксини и разработването на нови ваксини са важни начини за справяне с антибиотичната резистентност и намаляване на предотвратимите заболявания и смъртни случаи.

Как съществуващите **ваксини** могат да окажат въздействие?

Разширяването на употребата на съществуващите ваксини ще намали употребата на антибиотици и развитието на резистентност. Например, ако всяко дете в света получи ваксина, за да го предпази от инфекция с бактерията *Streptococcus pneumoniae* (които могат да причинят пневмония, менингит и

инфекции на средното ухо), това би предотвратило приблизително 11 милиона дни употреба на антибиотици всяка година.

Ваксините срещу вируси, като грип, също имат своята роля, тъй като хората често приемат антибиотици ненужно, когато имат симптоми като треска, която може да бъде причинена от вирус.

Как могат да окажат **въздействие** новите ваксини?

Разработването и използването на нови ваксини за предотвратяване на бактериални заболявания може допълнително да намали развитието на резистентност. Понастоящем антибиотиците са стандартната медицинска намеса за често срещани заболявания като стрептококи от група А (които причиняват „стрептокок в гърлото“), за които все още нямаме ваксини.

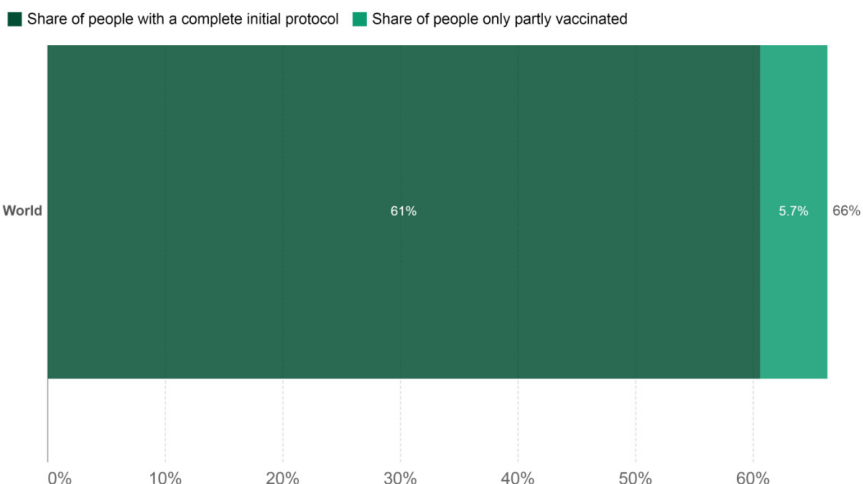
Нуждаем се от ваксини, за да се спре разпространението на болести, причинени от вируси и бактерии, които в днешни дни са често устойчиви на антибиотици. Например, има тревожно разпространение на мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB). През 2015 г. приблизително 480 000 души са заразени с MDR-TB.

По същия начин, новите ваксини, насочени към *Staphylococcus aureus* (който причинява инфекции на кожата и меките тъкани), *Klebsiella pneumoniae* (който причинява пневмония и инфекции на кръвния поток и пикочните пътища), *Clostridium difficile* (който причинява диария) и много други, могат да предпазят хората срещу заболявания, които са все по-трудни за лечение.

Разработването на нови ваксини и използването им по подходящ начин е продължително и сложно. Научната общност трябва да даде приоритет кои нови ваксини биха имали най-голямо въздействие върху антибиотичната резистентност и да се насърчат инвестициите в тях. Един бърз поглед за сравнение в световен мащаб ни показва с днешна дата докъде сме стигнали ние, като процент ваксинации и отново виждаме, че определено изоставаме на фона на другите държави.

### Share of people vaccinated against COVID-19, Jun 11, 2022

Our World  
in Data

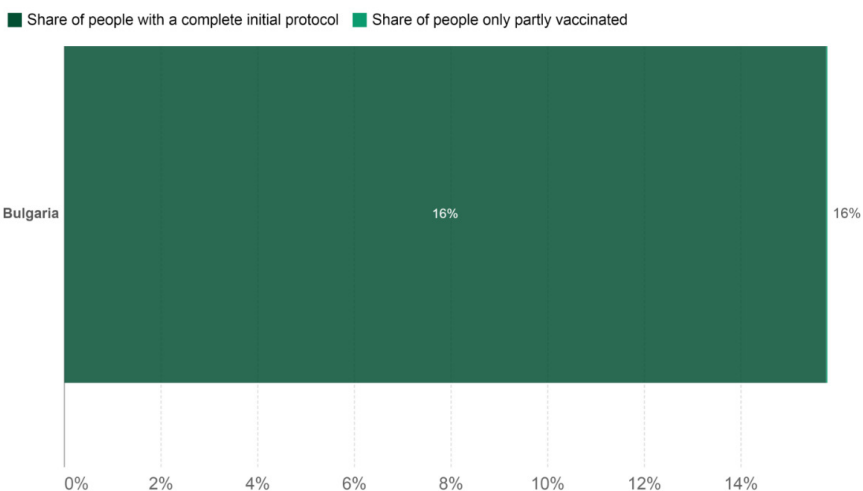


Source: Official data collated by Our World in Data  
Note: Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.

CC BY

### Share of people vaccinated against COVID-19, Aug 17, 2021

Our World  
in Data



Source: Official data collated by Our World in Data  
Note: Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.

CC BY

За съжаление, в България все още остава силната съпротива на населението срещу ваксинацията за Ковид и това води до изоставането ни на фона на другите държави. Фалшивите новини, слуховете и масовата психоза у хората за “вредата“, а не за ползата от ваксините властват с пълна сила дори и с днешна дата у нас.



Злоупотребата с антибиотици при животните също е проблем, тъй като някои фермери ги използват за ускоряване на растежа на добитъка. В Европейския съюз от 2006 г. тази практика е забранена.

Решението за справяне с резистентността като цяло е антибиотиките да се ползват по предназначение, а не прекомерно, въпреки че лекарите твърдят, че понякога нямат особен избор. Опасенията от усложнения и натискът от страна на някои пациенти ги кара да предписват антибиотици, особено на по-възрастните си пациенти. Важно също е да се действа бързо, за да установи появата на по-устойчиви бактерии и да се предотврати размножаването им.

Сериозен принос за подобряване на ситуацията има и насочването на изследователската работа към разработване на алтернативни на антибиотичните средства за лечение, главно на базата на т.нар. бактериофаги – вируси, които атакуват бактериите и ги неутрализират.

За намаляване на темпа, с който резистентността се разпространява, са необходими всеобхватни усилия чрез изучаване на възникващи микроорганизми, механизми на резистентност и антимикробни агенти. Изискват се мултидисциплинарни подходи в здравните заведения, както и в сектора на околната среда и селското стопанство. Прогресивни алтернативни подходи, включително пробиотици, антители и ваксини, показват обещаващи резултати в опити, които предполагат ролята на тези алтернативи като превантивни или допълнителни терапии в бъдеще.

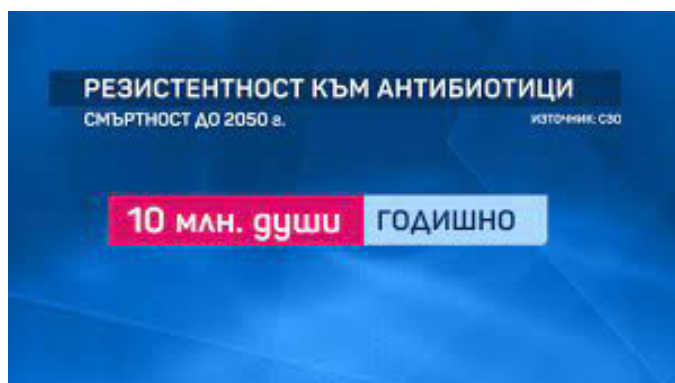
#### Ключови факти:

- Устойчивостта/ Резистентността към антибиотици е една от най-големите заплахи за световното здраве и развитието.
- Резистентността към антибиотиките може да засегне всеки, независимо от възрастта или страната, в която се намира.
- Резистентността към антибиотици се среща естествено, но злоупотребата с антибиотици при хора и животни ускорява и усложнява процеса.
- Нарастващ брой инфекции, като пневмония, туберкулоза, гонорея и салмонелоза, стават все по-трудни за лечение, тъй като антибиотиките, използвани за тяхното лечение, стават все по-неефективни.
- Резистентността към антибиотици води до по-дълъг болничен престой, по-високи медицински разходи и повишена смъртност.

Светът спешно трябва да промени начина, по който предписва и използва антибиотици. Дори ако се разработят нови лекарства, без промяна в поведението антибиотичната резистентност ще остане основна заплаха. Промените в поведението трябва да включват действия за намаляване на разпространението на инфекции чрез ваксинация, миене на ръце и добра хигиена на храните,

както и отговорна и адекватна употреба на антибиотици (след извършено специфично изследване, по предписание, при придържане към курса на лечение и др.).

Резистентността към антибиотици се покачва до опасно високи нива във всички части на света.



Нови механизми на резистентност се появяват и разпространяват в световен мащаб, заплашвайки способността ни да лекуваме често срещани инфекциозни заболявания. Лечението на нарастващ списък от инфекции става все по-трудно, а понякога и невъзможно, тъй като антибиотиците са неефективни при резистентни микроорганизми. Без спешни действия ние се отправяме към следантибиотична ера, в която обичайните инфекции и леките наранявания могат да станат животозастрашаващи.

Като част от многостранните стратегии определени мерки могат да доведат до по-добри практики на предписване на антибиотици и намаляване на антибиотичната резистентност в болниците. Многостранните стратегии включват използването на непрекъснато повишаване на квалификацията, насоки и политики на болниците свързани с антибиотиците, основани на доказателства, ограничителни мерки и консултации от лекари по инфекциозни болести, микробиолози и фармацевти<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Davey P, Brown E, Fenelon L, Finch R, Gould I, Hartman G, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(4):CD003543; Carling P, Fung T, Killion A, Terrin N, Barza M. Favorable impact of a multidisciplinary antibiotic management program conducted during 7 years. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003 Sep;24(9):699-706; Byl B, Clevenbergh P, Jacobs F, Struelens MJ, Zech F, Kentos A, et al. Impact of infectious diseases specialists and microbiological data on the appropriateness of antimicrobial therapy for bacteremia. *Clin Infect Dis.* 1999 Jul;29(1):60-6; discussion 7-8.

Мерките за насърчаване на разумната употреба на антибиотици включват<sup>6</sup>:

- Непрекъснато повишаване квалификацията на лекарите и специалистите, включено в цялостните стратегии на болниците;
- Насоки и политики на болниците, свързани с антибиотиците, основани на доказателства;
- Проследяването на антибиотичната резистентност и данните за употреба на антибиотици в болниците за емпирична антибиотична терапия при тежко болни пациенти;
- Прилагане на правилното време и оптимална продължителност на антибиотична профилактика за операция;
- За някои показания прилагане на лечение с помалка (вместо по-голяма) продължителност;
- Вземане на проби за микробиологичен анализ преди започване на емпирична антибиотична терапия, контрол на културелните резултати и оптимизиране на антибиотичната терапия въз основа на резултатите от културелното изследване.

Електронизацията на здравеопазването, като световна тенденция, все повече се налага и в България. През последните десетилетия се появиха множество примери за успешно прилагане на постиженията на компютърните технологии в медицината и здравния мениджмънт. В стратегическото управление на сектора, именно на електронното здравеопазване се възлагат големи надежди за постигане на високо качество и ефективност на здравните услуги, за фокусиране на здравното обслужване върху нуждите на отделния пациент.

Поставянето на пациента в центъра на здравната система е един от водещите принципи в съвременното здравеопазване. С електронизиране на дейностите се подобрява координацията и приемствеността на здравните и фармацевтични грижи, а това води до по-продуктивна комуникация и взаимодействие между медицинските специалисти и пациентите.

Същевременно, улесненият достъп до данните и специализираните софтуерни приложения създават условия гражданите по-добре да познават и активно да управляват собственото си здраве. Овластяването на пациентите, опосредствано от дигитални технологични решения, допринася и за постигането на прозрачност при оказването на здравна помощ, избягване на лоши практики и възможност за контролиране на отчетността на доставчиците на здравни услуги. Въвеждането на информационните и комуникационни технологии в

---

<sup>6</sup> Beardsley JR, Williamson JC, Johnson JW, Ohl CA, Karchmer TB, Bowton DL. Using local microbiologic data to develop institution-specific guidelines for the treatment of hospital-acquired pneumonia. *Chest*. 2006 Sep;130(3):787-93.; Steinberg JP, Braun BI, Hellinger WC, Kusek L, Bozikis MR, Bush AJ, et al. Timing of antimicrobial prophylaxis and the risk of surgical site infections: results from the Trial to Reduce Antimicrobial Prophylaxis Errors. *Ann Surg*. 2009 Jul;250(1):10-6

сектора подпомага и решаването на част от проблемите с достъпа до медицинско и фармацевтично обслужване на гражданите в отдалечените и труднодостъпни райони на страната, както и на хората с увреждания.

Цифровизирането на сектора е път към оптимизация на процесите в здравеопазването чрез по-ефикасно използване на ресурсите и осигуряване на по-целенасочени, по-добре интегрирани и по-безопасни здравни грижи. Това е значима и все още недостатъчно използвана възможност за преодоляване на главните предизвикателства пред българската здравна система – силно ограничени човешки и финансови ресурси на фона на застаряващо население и непрекъснато нарастващ дял на пациентите с хронични незаразни заболявания.

Несъмнено, дигитализацията е един от начините да се отговори на нарастващите потребности на населението и да бъде осигурена устойчивост на здравната система. Много важен етап от процеса на реализиране на ефективна електронна система е въвеждането на електронна рецепта. Тя е интегративният компонент, който ще осигури пренос на информация и обединяване на селективните бази данни, формирани в различни звена на здравната система.

Възможността за събиране, обработка и анализ на информационни масиви на едно място създава условия за икономии на разходите и подобро управление на пазара на здравни услуги. Електронната рецепта е не просто цифров вариант на стандартното хартиено предписание, а ключов елемент при изграждането на е-здравеопазване в България.

Със стартирането през 2018 г. на първия и втория етап от дейностите по реализация на Национална здравна информационна система, въпросът за функционалните възможности на системния модул, който ще поддържа електронните рецепти, е особено актуален. От първите опити за въвеждане на електронна рецепта в България са минали повече от 10 години и сегашната инициатива се развива в изцяло променена среда, значително подобрена информационна инфраструктура и принципно нови електронни хардуерни и софтуерни решения.

Същевременно в подготовката на проекта отново се акцентира върху технологичното изпълнение на модула, без да бъдат отчитани нагласите на потребители на тази услуга – лекари, фармацевти и пациенти, както и техните оценки за ползата от улесненията, които електронната рецепта би могла да предостави.

Като цяло, контрола върху антибиотичната резистентност ще се засили след успешно заработване на цялостната електронна система, а именно:

- Електронно пациентско досие;
- Изписване на електронни рецепти, както по НЗОК, така и бели рецепти;
- Издаване на електронни направления.

Така ще постигнем следните ефекти:

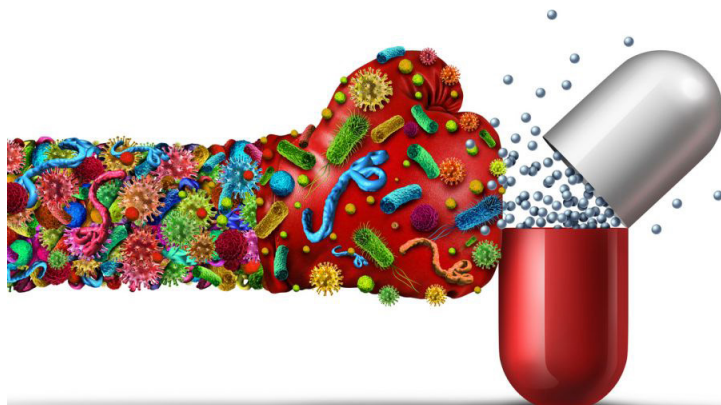
- Предпазва от грешки при отпускането на лекарства, заради нечетими/трудночетими ръкописни рецепти;
- Автоматизира избора на лекарствен продукт в съответната форма, доза и т.н. (сигнатура);
- Ускорява процеса по изписване и отпускане на медикаменти;
- Намалява броя на изгубените рецепти – спестява време за изписване на нови;
- По-малко време за техническа обработка на рецептата и труд на персонала;
- Вградените предупреждения за алергии, дублиране на лекарства и т.н. намаляват риска от нежелани лекарствени реакции;
- Подобрява придържането към определената терапия на хронично болни пациенти;
- Улеснява мониторинга и контрола;
- По-ниски разходи в дългосрочен план;
- Икономии на разходи за съхранение на хартиените носители.
- Еднократно въвеждане – многократно използване;
- Незабавна справка за алергии, лекарствени взаимодействия, дублиране на терапия и други клинични предупреждения;
- Повече време за индивидуален подход към пациента в аптеката – фармацевтите могат да идентифицират индивидуалните нужди на всеки пациент във освободеното време от административна и търговска работа – попълване на бланки, уточняване на доплащания и т.н.;
- Възможност за проследяване дали рецептата е изпълнена – информация доколко пациента се придържа към назначената терапия;
- По-добър мониторинг на контролирани лекарствени субстанции – напр. наркотични и упойващи вещества;
- Улеснява анализа на лекарствения сектор във връзка с потреблението, разпределението, профила на пациентите, прогнози на пазара, разходи за социално значими заболявания и т.н.;
- Възможност за свързване със системата за електронния търг на лекарства – своевременна реакция на нуждите на пазара.

Всички участници в процеса, а именно пациенти, лекари и фармацевти губят неоправдано много време за съпътстващи дейности и ръчно попълване на данни в процеса на издаване и изпълнение на една рецепта. Те биха били удовлетворени, ако могат да спестят времето за подготовка на документация и го използват за оказване на по-качествена, персонализирана здравна грижа и засилване на взаимното доверие.

Интегрирането на системата за електронна рецепта с други системи, позволяващи достъп до личните здравни данни на гражданите, генерирани и обработвани в различни структури на здравната система, е важна предпоставка за

оптимизиране на процеса по изписване и отпускане на лекарства и осигуряване на ефективна и безопасна лекарствена терапия за пациентите.

Вследствие на всички промени и нововъведения се вижда, че в борбата с резистентността трябва да участват държавата, лекарите и пациентите!



## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Albrich, W. C., D. L. Monnet, and S. Harbarth, 'Antibiotic selection pressure and resistance in *Streptococcus pneumoniae* and *Streptococcus pyogenes*', *Emerg Infect Dis*, vol. 10, no. 3, 2004, pp. 514-7.
2. Cheng, Allen C., and Adam W. J. Jenney, 'Macrolide resistance in pneumococci— is it relevant?', *Pneumonia*, vol. 8, no. 1, 2016, pp. 1-3.
3. Dimova, Rositsa, Donka Dimitrova, Maria Semerdjieva, and Ilian Doikov, 'Patient Attitudes and Patterns of Self-Medication with Antibiotics—A Cross-Sectional Study in Bulgaria', *Maced J Med Sci*, vol. 7, no. 4, 2014, pp. 655-661.
4. ECDC, EMEA, 'The bacterial challenge: time to react', Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control, 2009.
5. European Commission, *Antimicrobial Resistance : Special Eurobarometer 445-Survey requested by the European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety and coordinated by the Directorate-General for Communication*, edited, 2016,
6. [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_foodsafety/amr/docs/eb445\\_amr\\_generalreport\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/health_foodsafety/amr/docs/eb445_amr_generalreport_en.pdf).
7. European Food Safety, Authority, Prevention European Centre for Disease, and Control, 'The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2014', *EFSA Journal*, vol. 14, no. 2, 2016, pp.
8. n/a-n/a.
9. Llor, Carl, and Lars Bjerrum, 'Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem', *Therapeutic Advances in Drug Safety*, vol. 5, no. 6, 2014, pp. 229-241. Available from: PMC.
10. O'Neill, J, 'Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. The Review on Antimicrobial Resistance. 2014 Dec', *Review on Antimicrobial Resistance*, 2014., 'Rapid diagnostics: stopping unnecessary use of antibiotics', *Review on Antimicrobial Resistance*, 2015.
11. Pereyre, Sabine, Julien Goret, and Cécile Bébéar, 'Mycoplasma pneumoniae: Current Knowledge on Macrolide Resistance and Treatment', *Frontiers in Microbiology*, vol. 7, 2016, p. 974.
12. Available from: PMC.
13. Rosdahl, VIBEKE THAMDRUP, and KB Pedersen, 'The Copenhagen Recommendations',
14. Report from the European Union Conference on "the Microbial Threat"[[http://www.](http://www.microbial.threat.dk)
15. [microbial.threat.dk](http://www.microbial.threat.dk)]. Ministry of Health and Ministry of Food, Agriculture and
16. Fisheries, Denmark, 1998.
17. The Council of the European Union, 'Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated

- infections (2009/C 151/01)’, Official Journal of the European Communities, vol. 52, no. C 151/1, 2009., ‘Council Recommendation of 15 November 2001 on the prudent use of antimicrobial agents in human medicine (2002/77/EC)’, Official Journal of the European Communities, vol. 45, no. L 34, 2002., ‘Guidelines for the prudent use of antimicrobials in veterinary medicine (2015/C299/04)’, Official Journal of the European Communities, vol. 58, no. C 299, 2015.
18. van den Bogaard, A. E., N. Bruinsma, and E. E. Stobberingh, ‘The effect of banning avoparcin on VRE carriage in The Netherlands’, *J Antimicrob Chemother*, vol. 46, no. 1, 2000, pp. 146-8.
19. World Health Organization, *Global action plan on antimicrobial resistance*, edited, 2015.

---

## OPTIONS FOR ANTIBIOTIC RESISTANCE MANAGEMENT

---

**Adelina Ivanova**

**Abstract:** Antibiotics and chemotherapeutics have been used successfully for more than seven decades to treat and prevent infectious diseases, revolutionizing the prognosis of severe infections and helping to improve quality of life. Antibiotics are also used in veterinary medicine and as feed additives for efficient nutrient absorption. Antibiotic resistance means that the antibiotic can no longer effectively treat the bacterial infection, does not affect the body in the right way, or does not kill the bacteria at all, which is what it was actually designed for.

The main task of the master’s thesis is to explore how the crisis of antibiotic resistance growth can be contained.

**Keywords:** antibiotics, antibiotic resistance



# МОТИВАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ В УСЛОВИЯТА НА ДЕФИЦИТ НА КАДРИ И КОВИД ПАНДЕМИЯ

Десислава Сангова<sup>1</sup>

*Научен ръководител: доц. д-р Деница Горчилова*

*Рецензент: ас. д-р Златина Шотарова*

**Резюме:** Мотивацията на медицинския персонал е една от основните задачи на здравния мениджър, за да бъде осигурено правилно и ефективно функциониране на организациите в сферата на здравеопазването. На работното място мотивацията отразява индивидуалната степен на готовност на служителя да изпълнява съвестно своите задължения, за да бъдат достигнати основните организационните цели. Един ефективен здравен мениджър е необходимо да притежава способността да въздейства върху поведението на служителите и да управлява основните им мотиви – вътрешни и външни, с цел постигане на по-високо лично удовлетворение от извършената работа. В резултат на това може да се постигне по-висока ефективност и реализиране на организационните цели, част от които са обвързани с изпълнението на висококачествени медицински грижи, полагани от висококвалифицирани специалисти.

**Ключови думи:** мотивация, ефективно управление, медицински персонал

## УВОД

### 1. Актуалност на проблема

Мотивацията е силата, която кара хората да постъпват, да действат, да се отнасят към някого или към нещо в различни ситуации и обстоятелства по начин, който те сами избират. Мотивацията е съвкупност от психични процеси, определящи силата и посоката на поведението, поддържането на целенасочени действия за успешен завършек на начинанието.

Мотивиран е този, който прави нещо по собствено желание или бива окуражен с всички налични средства да тръгне целенасочено и да постигне крайния успех. Тя е сложен процес, изискващ значителни лидерски и мениджърски умения за творческо повишаване на продуктивността на индивидите.

**Мотивацията на медицинския персонал** е една от основните задачи на здравния мениджър, за да бъде осигурено правилно и ефективно функциониране на организациите в сферата на здравеопазването. На работното място

---

<sup>1</sup> Десислава Сандова (desisandova@abv.bg) е завършила „Кинезитерапия“ в Националната спортна академия. Работи като кинезитерапевт в отделение по Физикална медицина, рехабилитация и балнеология на МБАЛ „Лозенец“.

то мотивацията отразява индивидуалната степен на готовност на служителя да изпълнява съвестно своите задължения, за да бъдат достигнати основните организационните цели. Един ефективен здравен мениджър е необходимо да притежава способността да въздейства върху поведението на служителите и да управлява основните им мотиви – вътрешни и външни, с цел постигане на по-високо лично удовлетворение от извършената работа. В резултат на това може да се постигне по-висока ефективност и реализиране на организационните цели, част от които са обвързани с изпълнението на висококачествени медицински грижи, полагани от висококвалифицирани специалисти.

Количеството и качеството на труда е израз на човешкото поведение, което е функция на уникалната личност на всеки от работещите и се влияе от множество фактори. Поведението се повлиява както от околната среда, така и от вътрешните подбуди на служителя и от възможността потребностите на работното му място да бъдат задоволени. За личността мотивацията е вътрешно състояние, водещо до следване и изпълнение на дадени цели. За мениджъра мотивацията е процес, довеждащ хората до състояние да изпълнят определени цели. Това е процес на подтикване на себе си и другите към дейност, която води до достигане на личните цели и целите на организацията.

Пандемията от Ковид-19 и недостига на кадри в здравеопазването са предизвикателство за здравните мениджъри. Спецификата на медицинския труд нарежда лекарите и медицинските специалисти сред професиите, подложени на най-силно стресогенно влияние. Това води до прегаряне на персонала и влошава качеството на оказваните грижи за пациентите. Липсата на изградена модерна структура на управление на персонала в страната води до спад на желанието за работа, чести конфликти в трудовите колективи, до протести от страна на здравните работници за достойно заплащане на техния труд.

Направените изводи от настоящото проучване могат да послужат при изготвянето на стратегии за развитие на медицинския персонал по отделения, общо за болницата и като цяло на национално ниво, които да се базират именно на подобряване ефективността на работа и достойното заплащане на медицинския труд, като предпоставка за качествено здравеопазване и достигане на европейски здравни норми.

## 2. Цел

**Основната цел** е да се изследват основните проблеми в мотивацията и степента на удовлетвореност на лекарите и специалистите по здравни грижи в МБАЛ „Лозенец“ и да се предложат насоки за повишаване на ефективността на мениджмънта и човешките ресурси в лечебното заведение.

### 3. Основни задачи

За реализирането на така поставената цел са формулирани следните **задачи**:

- Да се анализира характеристиката на мотивационните фактори.
- Да се изясни ролята на мотивирането като управленски процес, мотивационните програми и стимули.
- Да се направи анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред лекарите и специалистите по здравни грижи за удовлетвореността им и установяване факторите на средата, които ги мотивират или демотивират.
- Формулиране на изводи и препоръки относно ролята и значението на мотивацията за подобряване удовлетвореността на медицинските специалисти от работата им и качеството на здравното обслужване на пациентите.

### 4. Изследователска теза

Кадровият дефицит в здравеопазването в България нараства непрекъснато и по време на Ковид-пандемията. Какво ще мотивира лекарите и специалистите по здравни грижи да останат да работят в страната, респективно в МБАЛ „Лозенец“? Прегарянето и стресът, чувството за отчаяние и безнадеждност у медиците са се засилили. Кариерното израстване, както и подобаващото обществено признаване на медицинския труд са важни предпоставки за задържане на медицинските специалисти да останат да работят в страната. Остава открит въпросът за мотивационните фактори, които способстват за задържането на специалистите в България и особено в конкретното лечебно заведение. Тези фактори могат да бъдат открити в специфичната работна атмосфера, която се формира най-общо от взаимоотношенията, екипната работа, стила на ръководството, споделените ценности, нагласите и нормите – или това, което е обобщено наричано организационна култура.

### 5. Методи

В **методологичен аспект** изследването се основава върху материални и нематериални фактори и методи, които биха повлияли върху мотивацията и мотивирането на медицинските кадри. За постигането на настоящите цели са използвани следните методи, обединени в групи:

- Документален метод – проучване на литературни източници по изследването.
- Социологически метод – анкетен метод за събиране на информация от лекарите и специалистите по здравни грижи в МБАЛ „Лозенец“
- Статистически методи:

Използван бе стандартен офис пакет на “Microsoft” за текстово и графично оформяне, както и за изготвяне на таблици, за извършване на необходимите калкулации за обработка на данните, ранжиране на факторите по значимост.

## 6. Структура

В първа глава на настоящата теза са представени основните мотивационни теории и модели – същност на мотивацията, съдържателни и процесуални теории.

Втора глава включва изследване и анализ на резултатите от изследването на мотивацията на медицинския персонал на МБАЛ „Лозенец“.

В трета глава са представени различни методи за стимулиране на персонала, както и програма за повишаване на мотивацията на медицинските специалисти на МБАЛ „Лозенец“.

## ГЛАВА 1. ОСНОВНИ МОТИВАЦИОННИ ФАКТОРИ И МОДЕЛИ

### 1. Същност на мотива и мотивацията

Мотив произлиза от латинското „*movero*“ – тласкам, бутам, насочвам, привеждам в движение, повод за някакво действие. Във връзка с тази етимология съществува кратко дефинитивно разбиране за мотива известно като „подбуда за действие“. Тази дефиниция е непълна и неточна и изразява само една функция на мотива – „подбудителна функция“.

Мотивът е този психичен факт (потребност, чувство, убеждение, ценност), който обяснява защо и в името на какво действаме. Ако се приеме това разбиране се приема и най-съществената функция на мотива – „смыслеобразуващата“. Мотивите се различават от стимулите и често са преработка на стимула. „Интелекта ни обяснява как да действаме, а мотивът- защо действам“. Мотивът може да е причина и за въздържание от действие.

Най-голяма заслуга за въвеждането и определянето на понятието мотив имат К. Левин и З. Фройд. К.Левин определя 3 лица на мотива:

- Основание за действие/създаване на причина.
- Обект – това, към което е насочено действието.
- Регулация на поведението към целта и напрежението се свежда до 0.
- Същността на мотива се разкрива най-добре в следните основни функции:
- *Подбудителна функция* – една от основните функции. Ако има мотив, то той действително подбужда към действие. Ако човек носи потребност от развитие и израстване, от постигане на компетентност, тази потребност го задължава да се учи.
- *Енергетична функция* – мотивите придават сила на мисълта и поведението, активизират дейността, като по принцип няма дейност без мотив.

- *Смислообразуваща функция* – тя обяснява не само ценността на обекта, към който е насочено поведението, но и значението на действията за самия човек. Осъзнаване на смисъла на това какво ни дава. Глобалният порив към търсене на смисъла и откриването му е най-силната страна на мотивите. Смислообразуващата функция на мотива е силно интегрирана с нивото на развитие на личността. Най-трудно се определят конкретни мотиви (за конкретно поведение). Има много сложни метаморфози в конкретната мотивация. Всички функции на мотива се организират около смислообразуващата функция.
- *Оправдателна/реабилитираща функция* – в тази функция мотивът има и неосъзнати компоненти. Мотивите имат и функция да оправдават човека пред самия себе си и да се включи някакво допълнително обстоятелство, което е трудно да се прецени в каква степен променя реалния мотив. Тази функция се изразява в търсене на чувство за справедливост, невинност, случайност.

Мотивите се формират в процеса на индивидуалното развитие на личността. Те са нейни относително устойчиви оценъчни образувания. В този смисъл хората се различават помежду си по характера на тяхната мотивационна структура. В основата на мотивите лежат конкретно изпитвани от индивида потребности. Мотивът се поражда от липсата, поне в момента, на вътрешно равновесие между силата на определени потребности и степента на тяхното задоволяване. За да мотивират определено действие на своя субект, мотивите трябва да са осъзнати, логически оценени. Те могат да бъдат и ирационални, неосъзнати, но достатъчно силно проявени и емоционално оценени от своя субект. И в двата случая те се съотнасят към преследваните от него цели, притежаваните ценности, към реалното му социално обкръжение, култура и манталитет, темперамент и характер, интереси и очаквания. Потребностите се преобразуват в мотиви за поведение тогава, когато се съпоставят с обективните възможности за тяхното задоволяване. Наличието на незадоволена потребност мотивира определено поведение на личността. Задоволяването ѝ става нейна цел. Постигането на тази цел намалява или премахва вътрешното неравновесие като предизвиква удовлетворение в своя субект. Така тя престава да бъде вече мотив за действие.

Мотивацията е тази сила, която кара хората да действат, постъпват и да се отнасят към някого или нещо в различни ситуации и обстоятелства по начин, който те сами избераат. Хората са подложени както на вътрешни, така и на външни влияния. На тези влияния те не реагират пасивно. Ние приемаме информацията, преработваме я, вземаме решение какво да правим. Дори това да се прави рефлекторно, този рефлекс е напълно осмислен. Понякога това, което правим е предопределено от комплекс от причини.

## 2. Форми на мотивацията

Характерът и посоката на поведение на индивида в трудовия процес се определя от два вида мотивационни фактори – вътрешни и външни. Вътрешната мотивация представлява ангажимент с дадена дейност, за която няма ясна награда, освен самата дейност. Тоест, човек се мотивира от самото извършване на дейността. Външната мотивация включва ангажиране в дадена дейност, заради материалните облаги, които тя ще донесе.

Мотивацията се свързва с факторите, които подбуждат действията на индивида във „вътрешен план“<sup>2</sup>. Това са самозародените фактори, които влияят на хората да се държат по определен начин или да се движат в определена посока. Мотивацията е процес, който засяга поведенческия избор и се формира „отвън навътре“. Мотивът може да възникне като външен стимул, който определя посоката на поведението и целите на личността. Връзките и зависимостите между тези две форми на мотивация са двустранни. Външното влияние върху хората въздейства на тяхната вътрешна мотивация. Същевременно степента, до която хората са мотивирани вътрешно и предприетите от тях действия, неизменно влияят на степента, до която могат да бъдат мотивирани отвън“<sup>3</sup>.

Да мотивира, означава за мениджъра да накара хората да се движат в избраната от него посока. Невинаги обаче това, което се изисква от хората да правят и това, което те желаят, съвпада. Чрез мотивацията трябва да се постигне чувство за обща цел, да се осигури, доколкото е възможно хармония между желанията и нуждите на организацията и тези на нейните членове.

## 3. Елементи на мотивацията

За изясняване същността на мотивацията е необходимо познаването на съставлящите я елементи, които определят нейното съдържание, структура, сила и посока. Елементи на мотивацията са:

- *Потребност*: необходимост, желание, стремеж да се притежава нещо, да се участва в нещо.
- *Мотив*: вътрешно осъзната подбуда за действие, асимилирана потребност. Специфична организация на психическия живот на човека, при която едни комплекси се подтискат, а други стават доминантни и активизират човешката воля.
- *Интерес*: избирателна насоченост на човека към нещо, към някого.

Емоционалната проява на мотивирана потребност. Осъзнаване на привлекателността, полезността, ценността на това, към което се стреми личността.

<sup>2</sup> Димитрова, М., П. Бикова, Н. Василева, „Ниво на проявена емпатия от студенти специалност медицинска сестра“ Здравни грижи, 2012г. бр. 2

<sup>3</sup> Армстронг М., Управление на човешките ресурси, Делфин прес, Б., 1993

- *Емоция*: желание, интерес, определени чувства, съчетани в единен психически процес. Емоцията концентрира вниманието, мислите, стимулира волята.
- *Нагласа*: съчетание на силно мотивирана потребност, напълно обмислен и претеглен интерес, настроение и чувства, които държат в плен човешката психика за определено време.
- *Цели*: това, което чрез съответни действия би могло да удовлетвори потребностите.
- *Очакване*: въображаем образ на очаквания резултат, ако потребността бъде удовлетворена.
- *Решение*: волеви акт, насочен към преодоляване на трудности и бариери по пътя към целта.
- *Действие*: практически мерки за осъществяване на решението.
- *Самооценка*: премисляне на цялата верига от психически актове – “сгреших ли”, “спечелих ли”, “загубих ли”, “какво постигнах”.<sup>4</sup>

#### 4. Мотивационен процес

Елементите на мотивацията лежат в основата на мотивационния процес. Мотивационният процес започва с появата у индивида на усещане за недостиг, липса, неудовлетвореност. Психолозите наричат това състояние „неудовлетворена потребност“. Неудовлетворената потребност поражда поява на напрежение. Напрежението стимулира появата на подбуда. Подбудата е вътрешно състояние, което е неосъзнато. Тя се проявява като стремеж, желание да се излезе от състоянието на неудовлетвореност. Когато подбудите се осъзнаят и осмислят, когато индивидът ги слее със своята собствена идентичност, възниква мотивът. Това е доминантно състояние, при което се подтискат други комплекси и връзки. Индивидът търси конкретно поведение, или стратегия, за да задоволи потребността.

Следователно потребността, желанието, очакването дават енергия на човешкото поведение. Нагласата, решенията, действията канализират човешкото поведение.

На следващия етап от процеса на мотивация индивидът променя степента, в която избраното поведение е удовлетворило първоначалната потребност. Ако потребността е останала незадоволена, мотивационният цикъл се повтаря, като е възможно индивидът да избере друго мотивационно поведение. Ако този мотивационен цикъл е удовлетворил потребността, у индивида настъпва състояние на равновесие или удовлетвореност.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Маркова, С. Мотивиране на нови, желани поведенчески модели чрез анализ на стимулите, Сестринско дело, 4-5, 1996

<sup>5</sup> Грънчарова Г., “Управление на здравни грижи“, ИЦ на МУ – Плевен, 2011 г.

## 5. Мотивационни теории

Мотивационните теории могат да се групират в зависимост от използваните подходи при анализа на мотивацията. В резултата на това се обособяват две групи теории: теории за съдържанието и теории за процеса.

### 5.1. Съдържателни мотивационни теории

Концепцията, че потребностите на хората и стремежите им да ги задоволяват са мощен мотиватор датира от 30-те години на миналия век. От този период започва разработването на т.нар. „съдържателни мотивационни теории“. Тези теории идентифицират потребностите на хората и относителната им сила, както и преследваните задачи, с цел задоволяване на тези потребности. Мотивационните теории за потребностите (съдържанието) разглеждат основния въпрос, стоящ пред всеки индивид: „Какво подбужда, стимулира или поставя началото на дадено поведение?“. Отговорът на този въпрос е свързан с концепцията, че потребностите карат индивидите да постъпват по определен начин. Счита се, че потребността е вътрешно състояние на човека. Необходимостта от задоволяване с храна (потребността от храна), постоянната работа (нуждата от сигурност) или напредъкът в кариерата (потребността от издигане) се разглеждат като потребности, които подбуждат индивидите да избират конкретни действия или линии на поведение.

#### 5.1.1. Теория на Ейбрахам Маслоу

В областта на мотивацията най-широко признание има теорията на Ейбрахам Маслоу, формулирана от него през 1943 г., придобила впоследствие широка известност като „теория за йерархия на потребностите“. Основната идея в теорията на автора е, че човек изпитва потребност, когато чувства недостиг във физиологически и психологически план, и че човешките потребности могат да бъдат класифицирани и йерархично подредени по важност.

Самият Маслоу разделя цялото множество на човешките потребности на пет големи, йерархично подредени групи (фиг. 1):

- физиологични потребности;
- потребности от сигурност;
- социални потребности;
- потребности от уважение и самоуважение;
- потребности от съвършенство.





Фигура 1. Пирамида на Маслоу

Физиологичните потребности са най-важни от физиологична гледна точка за служителя. Би могло да се каже, че те са първични, дори примитивни, защото с известно опростяване и приближение те са присъщи не само за човека, но и за всяко живо същество. Ако този род потребности (например тези от здраве, сън, вода, храна и т.н.) не са задоволени, усилията да се влияе върху нечие поведение чрез използване на средства, можещи да задоволят нужди от по-висок ранг са безрезултатни, защото тези средства тогава няма да действат като стимул, т.е. няма да предизвикват мотивираност у обекта на въздействие.

Според концепцията на Маслоу, когато определена базова потребност бъде задоволена, друга, следваща по ранг, става доминантна и вниманието на индивида се насочва към нея. Последната група потребности никога не могат да бъдат задоволени напълно.

Първичните потребности са универсални за всички хора, но интензитетът им може да бъде различен при различните индивиди. Те продължават да съществуват дори и когато временно не са доминантни като мотиватори и индивидът постоянно и автоматично се връща към тях. Когато те се задържат в състояние на неудовлетворяване за дълго време, проявяват тенденцията да доминират поведението. Колкото по-ниско в йерархията се намира една такава потребност, толкова влиянието ѝ е по-силно. Първичните потребности намаляват рязко по сила в момента на задоволяването си.

Вторичните потребности се осъзнават с опита и общото развитие на личността. Формата им на проявление е силно зависима от социокултурната среда и от натрупания опит, а индивидуалните им вариации са изключително много.

Те предполагат съотнасяне и съизмерване, често са непълно осъзнати, създават по-силен импулс на мотивация, усилвайки се с процеса на своето задоволяване. Невъзможността да се задоволи някоя потребност от висшия кръг, често провокира така нареченият компенсаторен механизъм, чрез който индивидът започва да цени по-високо следващата по-низша по ранг своя потребност.

Маслоу предупреждава, че макар йерархическите равнища на потребности да имат фиксиран характер, тази йерархия не е така „твърда“. Има хора, за които самоуважението е по-важно отколкото любовта. Той насочва вниманието на психолозите към по-висши потребности от основно изучаваните до тогава физиологични и базисни психични потребности. Теорията му обхваща неикономическите потребности на служителите като алтернатива за мотивацията. Тя акцентира върху динамичното изменение на мотивите и мотивацията във времето, обосновава мотивационните различия между отделните членове на персонала.

### **5.1.2. Двухфакторна теория на Херцберг**

Двухфакторната теория за мотивацията на Ф. Херцберг насочва вниманието към две групи фактори – поддържащи и мотивиращи. Поддържащите фактори са свързани с избягването на неудовлетвореност (недоволство) – политиката и администрирането на компанията, техническият надзор, междуличностните отношения с прекия ръководител, равните и подчинените, заплатата, сигурността на работното място, личният живот, условията на труд, организационният статус. Тези фактори не създават силна мотивация.

Като мотивиращи се разглеждат следните фактори: постижение, признание, служебно повишение, самата работа, възможност за личностно развитие, отговорност. Тези фактори причиняват силна мотивация, но отсъствието им не води до силно недоволство.

Поддържащите фактори могат да се интерпретират предимно като външни, свързани с условията на средата, а мотивиращите – като вътрешни, свързани с характера на изпълняваната работа и удовлетворението от нейното извършване.

Поддържащите фактори са:

- политиката и управлението на стопанската институция;
- дисциплината в стопанската институция;
- условията на труд и сигурност на работното място;
- заплащането на труда;
- връзките с членовете на групата, към която съответно лице принадлежи;
- личният живот;
- взаимоотношенията с неговите подчинени сътрудници (ако има такива);
- общественият статус;
- социалното осигуряване и обслужване.

Ако някой от тези фактори е на по-ниско ниво, отколкото е нивото в бранша или района, подобрявайки неговото ниво, се предизвиква намаляване на недоволството на кадрите, т.е. детерминира се повишаване на задоволството на кадрите в съответната стопанска единица. Когато обаче хигиенните фактори обуславят пълно задоволство, като продължава тяхното позитивно развитие, не може да се постигне нарастване на степента на удовлетвореност. Тогава следва да се използват мотивационните фактори, а именно:

- прогрес на личността чрез съответна промяна на вида на служебната работа;
- признание към личността за резултата от труда;
- задоволяване на личен интерес чрез възлагане на работа, отговаряща на него;
- повишаване на отговорността на служителя в цялостната работа на организацията;
- растеж в професионалната кариера.
- Обобщено теорията на Херцберг гласи, че задоволеността на индивида е резултат от самата работа, а неговата незадоволеност –Постижения;
- Принадлежност;
- Власт.

Мотивацията на хората в работата се гради на основата на тези три потребности. Хората ги заучават в случай, че виждат в заобикалящата ги среда възможности да ги удовлетвори.

Потребността от постижения е потребност на индивида да доведе нещата, с които се е захванал до успешен край. Потребността от принадлежност и обвързване е потребност за установяване и поддържане на благоприятни отношения и оказване на помощ, както и съпричастие към определена група от хора. Потребността от власт е потребност от оказване на влияние върху други хора, с цел постигане на определен резултат.

Известно е, че теорията на Макклеланд е колкото привлекателна, толкова и полезна за практиката. Тя се запомня лесно – потребностите са само три и това са основните параметри на мотивацията.<sup>6</sup> Същевременно мениджърите откриват прости, но ефективни начини да прилагат теорията в своята практика. Достатъчно е да се анализират длъжностите във фирмата, за да се разбере дали работните места ориентират хората към постижения или да се прецени доколко системата за възнаграждения ориентира поведението на хората към постижения.

Най-важните изводи и препоръки на Макклеланд за мотивацията са:

*Хората с високо развита потребност от постижения:*

---

<sup>6</sup> Басаров, А. Възможности за промяна в мотивационния механизъм на заплащането на труда в лечебните заведения за болнична помощ, Здравен мениджмънт, 3, 2003

- Предпочитат да избягват много лесните и прекалено трудните за изпълнение цели (задачи);
- Предпочитат да имат незабавна и надеждна обратна връзка за това как работят;
- Не бива да бъдат насочвани към ръководни длъжности, защото ще бъдат изключително възискателни към подчинените си, което невинаги е полезно за спокойната работа;
- Хората със силно изявена потребност от власт:
- Те се изявяват най-добре на ръководни длъжности, когато потребността им от постижения хармонира на потребността от постижения на подчинените;
- Хората, които са подходящи за ръководни длъжности, трябва да имат умерено развита потребност от власт и ниска степен на потребност от принадлежност.

Дейвид Макклеланд е бил убеден в това, че хората са в състояние да променят потребностите си, като биват научавани на трите потребности.

#### **5.1.4. ERG-теория на Алдерфер**

Теорията на Маслоу става изходен пункт за по-нататъшни изследвания на мотивацията и на потребностите, стоящи в основата ѝ. През 1969 г. бихевиористът Клейтън Алдерфер предлага нов подход за определяне на мотивационния инструментариум, класифицирайки потребностите в три групи, като се абстрахира от строгата им йерархия.

ERG е абревиатура на Съществуване, Обвързаност и Растеж.

- *Съществуване* (Existence) – *Обвързване* (Relatedness) – включва потребности за взаимоотношения: социално и външно уважение (отношения в семейството, приятели, колеги и работодатели)- трето и четвърто ниво от йерархията на Маслоу.
- *Растеж* (Growth) – *Вложения* – това е приносът на индивида за организацията. Например време, усилия, способности (квалификация, умения, познания), лоялност, съпричастие, душа и сърце, лична отдаденост и други;
- *Резултат* – това, което индивидът получава срещу своя принос. Например заплата, бонус, отговорност, сигурност, развитие, репутация, гордост, удоволствие;
- *Двустранна перцепция* – това е възприемането и сравнението на приноса и резултатите на индивида с приноса и резултата на другите колеги;
- *Справедливост* – това е усещането, чувството, при което възприемането и сравнението на приноса и резултата на индивида е равно на приноса и резултата на другите;

- *Негативна несправедливост* – това е усещането, чувството, че приносът на индивида и приносът на колегите му са еднакви, но резултатът на другите е по-голям от неговия резултат;
- *Позитивна несправедливост* – усещането, чувството, че приносите на индивида и приносът на другите са еднакви, но резултатът на индивида е по-голям от резултата на другия.

### **5.2.2. Мотивационна теория на очакването на Врум**

Мотивационната теория на очакването, която е разработена от В. Врум, е една от водещите в теорията на процеса на мотивация. Степента на мотивираност на служителите на организацията за труд (или друга дейност) зависи от тяхната представа и възможностите им за изпълнение на даден труд и реалността да достигнат поставените цели. Съгласно теорията на очакването мотивационен ефект оказват не само потребностите на хората, а и техния мисловен процес, при който служителите оценяват реалните възможности при постигане на дадена цел и получаване на съответното възнаграждение.

### **5.2.3. Модел на Портър – Лоулър**

Съвременните подходи към мотивацията се основават върху опити за изграждане на интегративни модели, които разглеждат човешкото поведение в реалния му контекст. Моделът на Л. Портър и Е. Лоулър се опитва да изясни връзката между изпълнение, удовлетворение и възнаграждение, но включва така също съответствието на задачите на притежаваните от сътрудника умения, способности и черти на характера.<sup>7</sup>

Теорията за мотивацията на Портър и Лоулър е известна също като “теория на очакванията”, обяснява резултатите, които служителят постига с помощта на три променливи фактора:

- Положени усилия;
- Способности и характерни особености на човека;
- Осъзнаване на ролята от самия служител.

Степента на положените усилия от своя страна зависи от ценността на възнаграждението и от това, доколко служителят очаква и вярва в съществуването на здрава връзка между положените усилия и възможното възнаграждение.

### **5.2.4. Теория за целите**

В живота на всички хора, постигнали нещо значимо, има една обща характеристика. Всички те са си поставяли ясни и точно измерими цели, които са следвали независимо от натиска на външните обстоятелства. Теорията за

<sup>7</sup> Басаров, А. Възможности за промяна в мотивационния механизъм на заплащането на труда в лечебните заведения за болнична помощ, Здравен мениджмънт, 3, 2003

целите е разработена в основата си от Латам и Локи. Те доказват, че мотивираността и изявата са по-високи, когато пред индивида са поставени определени ясни цели, когато тези цели са трудни, но достижими и приети, и когато е изградена обратна връзка за качеството на изявата.

### **5.2.5. Теория за реактивността**

Тази теория е разработена от Брем. Тя се основава на предположението, че при дадена степен, в която индивидът е наясно с потребности и с необходимото за постигането им поведение и при условие, че е налице свобода на избора, той ще избере поведение, максимизиращо задоволяването на потребностите му. Индивидът е мотивационно активиран срещу възможни ограничения на свободата му. Според тази теория индивидите не са пасивни приемници на въздействия, а активно се стремят да осмислят средата, в която се трудят и да намалят неопределеността в нея чрез контролиране на факторите, от които зависи възнаграждението им.

### **5.2.6. Теория на подсилването на Торндайк**

В тази теория се разглежда използването на подсилващи и задържащи фактори, за да се мотивира или да се създаде подходяща среда за мотивиране. Тази теория не разглежда потребностите или причините, поради които индивидите осъществяват определен избор, а фокусира върху средата и нейното значение за индивида.

Важен момент в теорията е законът на Торндайк за ефекта, който гласи: „Поведение, в резултат от което се получават благоприятни последствия, ще бъде предпочитано и повтаряно в бъдеще; обратно, поведение от което следват неблагоприятни резултати, ще бъде отбягвано“.

### **5.2.7. Теориите „Х“ и „У“ на Макгрегър**

Към проблемите на трудовата мотивация се обръща и Макгрегър, разработвайки на широко в сравнителен план концепцията за двама подхода към човека в организацията, оформяйки ги в две теории – т.нар. от него „теория Х“ и „теория У“.

Хората се нуждаят от уважение, доброжелателност, съчувствие и много форми на одобрение и възхищение. Макгрегър доказва, че човек може да обича своя труд, да поема голяма лична отговорност и да действа самостоятелно, ако неговите цели съвпадат с целите на организацията.

„Теорията Х“ довежда до акцент върху тактиката на контрола, върху процедурите и методите, които дават възможност да се предписва на хората какво трябва да правят, да се определя изпълняват ли те това и да се прилагат насърчения или наказания. В тази теория Макгрегър разглежда нормалния средностатистически човек като индивид, който по всякакъв начин се стреми

да „бяга“ от работата и по тази причина той трябва да бъде „непрекъснато ръководен, направляван, принуждаван, включително заплашван“, за да изпълнява това което се иска от него в трудовия процес.

„Теория Y“ изисква повишено внимание към характера на взаимоотношенията, на създаването на среда, благоприятна за възникване на преданост към организационните цели и даваща възможност за максимално проявяване на инициатива, изобретателност и самостоятелност при постигането им. „Теория Y“ е противоположна на „Теория X“. Макгрегър представя съвсем друга картина за човека, участник в трудовия процес. Според нея нормалният средностатистически човек „търси работата, защото изпитва потребност от нея, ангажира се в работата и е готов да поема отговорност, осъзнава целите и задачите на фирмата и проявява инициатива, с което допринася за изпълнението им и т.н.“

### **5.2.8. Мотивацията в японския управленски модел – „Теория Z“ на У. Оучи**

Теорията се основава върху японския производствен модел, вземайки под внимание проблемите на американското управление.

Оучи акцентира към максимално „обвързване“ на работника към интересите на корпорацията. Стремещът на работниците да работят с максимална ефективност се обяснява с развитата и добре обмислена система от стимули – както материални, така и морални. На това помага и факта, че всеки работник практически се отъждествява със своята група, постоянно е в непосредствен контакт с този макроколектив, а системата на оценка на индивидуалното поведение е ориентирана към осигуряване на хармонични действия на групата.

През последните тридесет години мотивацията е една от най-разискваните теми в мениджмънта. Всички мотивационни теории за нуждите на мениджмънта могат да се обединят в две основни групи – съдържателни и процесуални. Прилагането на теориите за мотивация в практиката води до промени в начина, по който се изпълняват задачите в организацията. Отчита се, че парите не са единственото средство за стимулиране на служителите. Необходимостта от прилагане на специални умения в работата води до вътрешно удовлетворение от нея. Различните теории за мотивация съдействат за значително усъвършенстване на конкретните управленски подходи. Те водят до появата на различни идеи за обогатяване на труда и въвличане в организационните усилия. Върху тази основа се разработват системи за формална оценка на извършваната дейност, отчитаща в най-пълна степен усилията на сътрудниците и създаващи мотивация за високо ефективен труд.

Умението да се мотивират човешките ресурси се основава и утвърждава в мениджърите в резултат от опознаване и осмисляне на идеи, заложили в мно-

жество мотивационни теории; критично осмисляне на собствения опит в работата с хората; използване на чужд положителен опит и т.н.

## ГЛАВА 2. ИЗСЛЕДВАНЕ НА МОТИВАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ В МБАЛ „ЛОЗЕНЕЦ“

### 1. Дизайн на изследването

Ключов фактор за всяка здравна система е добрата осигуреност с медицински специалисти. Недостигът им е проблем в световен мащаб и обикновено води до влошаване качеството на предлаганите здравни услуги на населението, ограничаване достъпа до здравеопазване и влошаване на основни здравни показатели. Дефицитът на кадри в здравеопазването се засилва допълнително в следствие на пандемията от коронавирус (COVID-19). Претоварването на здравните системи по време на пандемията, изключително тежките условия на труд и стресът, на който са изложени медицинските специалисти, ги подтиква да напуснат здравните професии.

Настоящото проучване има за цел да изследва основните фактори, които оказват влияние върху мотивацията на медицинския персонал на МБАЛ „Лозенец“.

Университетската многопрофилна болница за активно лечение „Лозенец“ ЕАД е многопрофилно лечебно заведение, специализирано в уникални за страната диагностично-лечебни дейности като образна диагностика, инвазивна кардиология, ендоскопска хирургия и др. Болницата разполага с 22 клиници и отделения, 183 болнични легла, 190 висококвалифицирани лекари и 202 професионалисти по здравни грижи (медицински сестри, акушери, кинезитерапевти, рехабилитатори, лаборанти).

За набиране на първичната информация в това социологическото изследване избрах метода на пряко анкетно допитване. По своята същност пряката анкета е метод за събиране на данни, при който респондентите по изрично указан начин, лично и самостоятелно дават отговори на писмено поставените им въпроси.

Анкетата (**Приложение 1**) има за цел да изследва и анализира мнението на анкетираните за мотивацията им за работа по отношение на:

- изборът на работно място;
- познаване на длъжността и очакванията им към работата;
- отношението им към стимулите (финансови и социални) за мотивация;
- удовлетвореността от професията и от отношението на пациентите;
- възможностите за обучение, израстване в кариерата и инициативност;
- взаимоотношенията с ръководството;
- влиянието на пандемията върху работата и мотивацията;



- факторите, които оказват най- силно демотивиращо влияние.

## 2. Анализ на резултатите от проучването

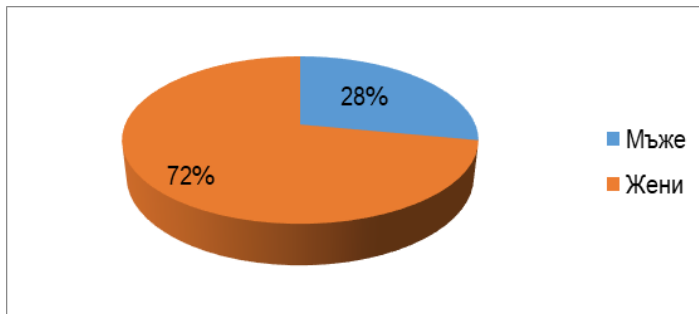
Проучването се проведе от 09.05.2022 до 25.05.2022 г. Анкетирани са 46 медицински специалисти – 17 лекари и 29 професионалисти по здравни грижи. Подборът е случаен, няма селекция на анкетираните, което не дава основание да се претендира за репрезентативност на извадката.

Анкетата се състои от 22 въпроса, от които първите шест изясняват някои личностни особености като: пол, възраст, образование, специалност, трудов стаж (общ и в настоящото лечебно заведение). Останалите 16 въпроса са свързани с личностната мотивация, както и с факторите на демотивация при медицинските специалисти. Дава се възможност на един отговор на всеки от въпросите, като на въпрос 14 стимулите трябва да се номерират по значимост от 1 до 9.

Резултатите от проучването са представени графично с диаграми и с таблици.

### • Изследване на респондентите по пол

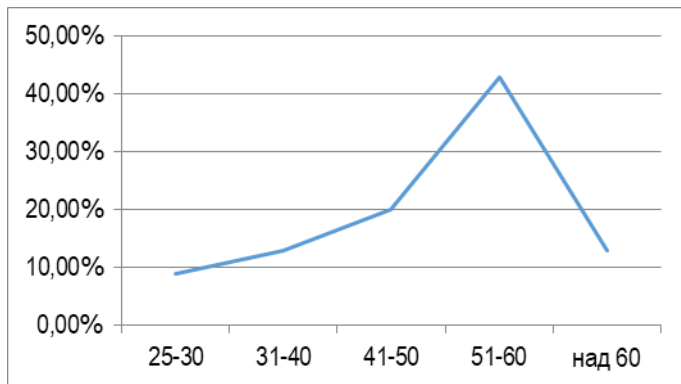
72% от участниците в анкетата са жени, а 28% са мъже.



Диаграма 1. Пол на респондентите

### • Изследване на респондентите по възраст

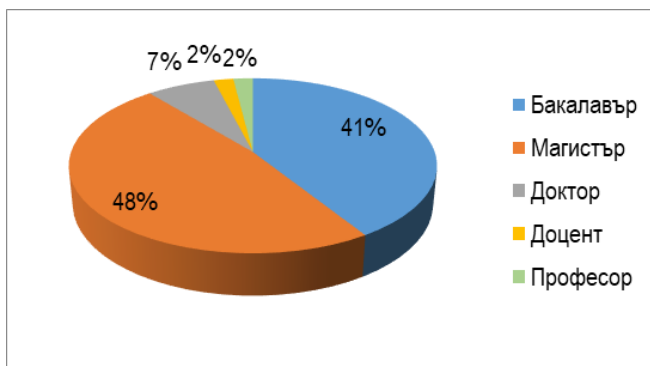
Средната възраст на анкетираните е 48 години. Най-младият анкетиран е на 25 години, а най-възрастният – на 65 години. Разпределението по възрасти е следното: 9% са на възраст от 25-30 години, 13% са в диапазона от 31 до 40 години, 20% са между 41 и 50 години, 45% от 51 до 60 години и 13% от респондентите са над 60 години.



Диаграма 2. Изследване на респондентите по възраст

- **Изследване на респондентите по образование**

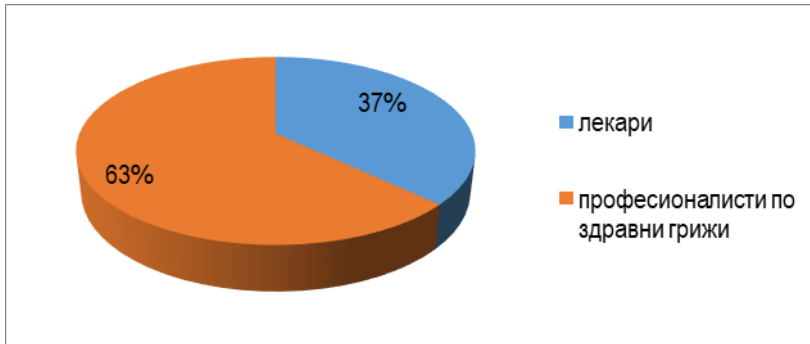
41% от анкетираните са с образователна степен бакалавър, 48% са с магистър, 7% са с доктор и по 2% са със степен доцент и професор.



Диаграма 3. Изследване на респондентите по образование

- **Изследване на респондентите по специалност (професия)**

37% от анкетираните са лекари, а 63% са професионалисти по здравни грижи (медицински сестри, кинезитерапевти, рехабилитатори, лаборанти, ерго-терапевти).

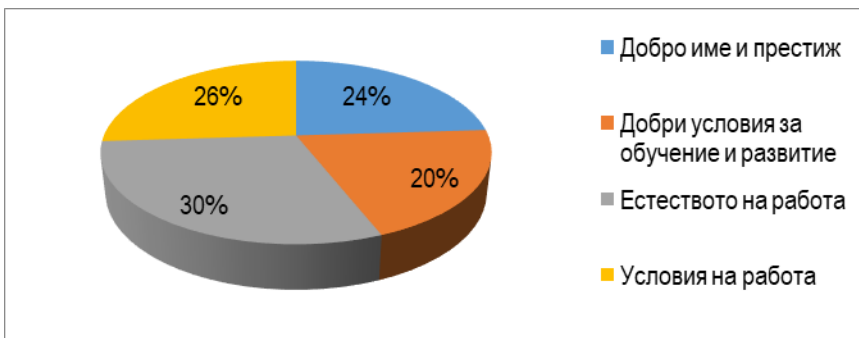


Диаграма 4. Изследване на респондентите по професии

- **Общ трудов стаж и трудов стаж в МБАЛ „Лозенец“**

Общият трудов стаж на респондентите е средно 23 години. Трудовият стаж в настоящото лечебно заведение е средно 14 години. Прави впечатление, че 74% от тях са натрупали в болницата повече от 50% от трудовия си стаж, а 20% са работили само в тази болница. По-надолу в анкетата ще се изяснят факторите, които са оказали най-силно влияние върху мотивацията на тези специалисти да останат да работят в лечебното заведение.

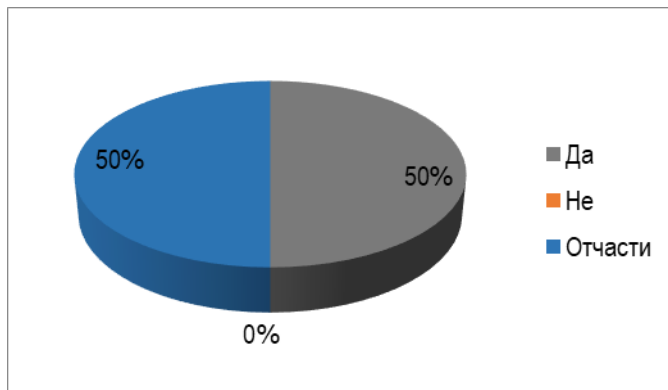
- **Разпределение на респондентите според причините за избор на МБАЛ „Лозенец“ за работно място**



Диаграма 5. Причина за избор на работно място

Естеството на работа е най-честата причина за избор на конкретното лечебно заведение за работно място – 30%. Следват условията на работа – 26%, доброто име и престиж на лечебното заведение – 24% и добрите условия за обучение и развитие- 20%. До 2020 г. Болница „Лозенец“ е Клинична база на Министерски съвет, след което е преобразувана в МБАЛ и база за обучение на медицински специалисти от Софийския университет. Може би за това и четирите причини са близки като процентно разпределение.

- **Разпределение на респондентите относно удовлетворението от професионалната им дейност**

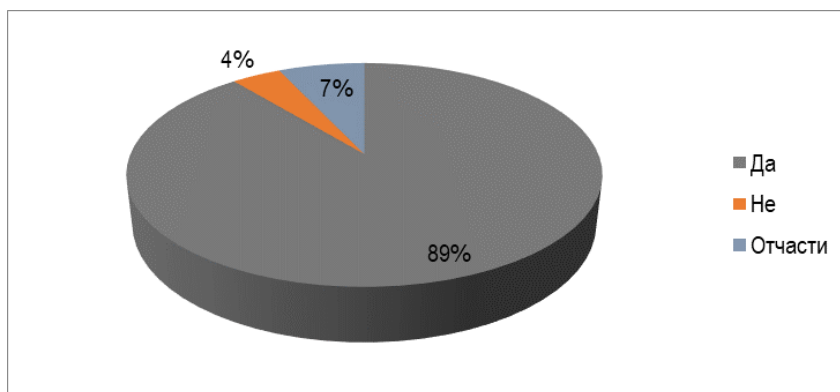


Диаграма 6. Изследване за удовлетвореност от професията

Удовлетворението е мярка за това, колко е ценно възнаграждението в действителност. Тази оценка влияе върху възприятието от страна на работника на бъдещите ситуации. Удовлетворението се измерва чрез равнището на фактическото признание спрямо очакваното признание от специалиста. Колкото по-малка е разликата между фактическо и очаквано признание, толкова е по-висока степента на удовлетворение на работника в трудовия процес и обратно.

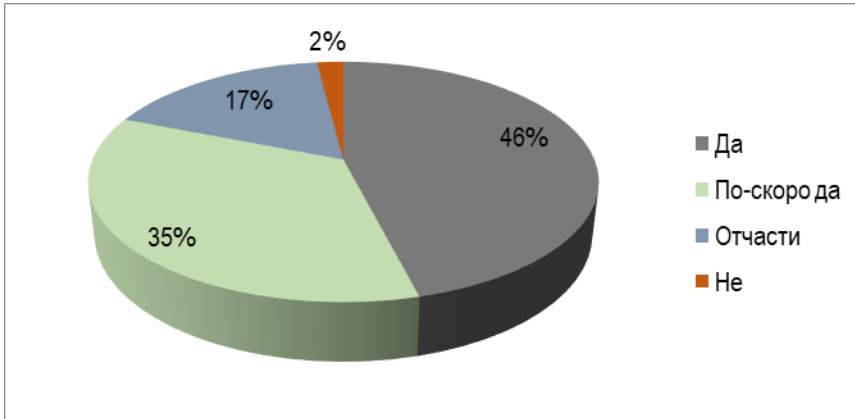
Мотивацията за работа и професионалната удовлетвореност на медицинските специалисти влияят непосредствено върху качеството и ефективността на дейността в болницата. При анализа на резултатите от анкетното проучване прави впечатление, че като цяло анкетираните са удовлетворени в различна степен от сегашната си професионална дейност – 50% от тях са напълно удовлетворени от своята работа, а останалите 50% са отчасти удовлетворени.

- **Разпределение на отговорите на въпроса: „Запознахте ли се с характера на длъжността при постъпване на работа?“**



Диаграма 7. Запознаване с длъжностните характеристики

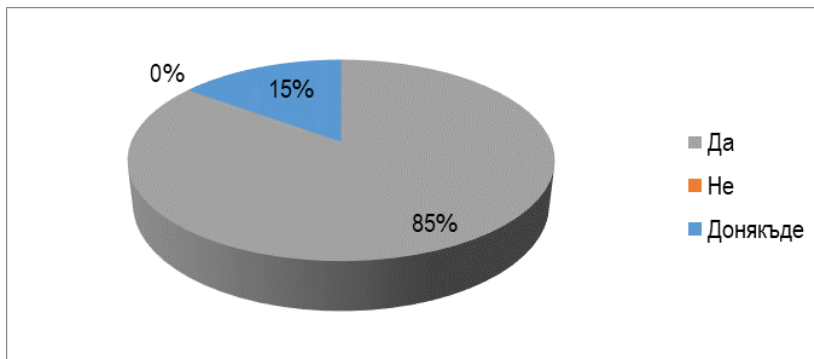
- **Разпределение на отговорите на въпроса „Мислите ли, че работата, която вършите отговаря на предварителните Ви очаквания и на длъжностната Ви характеристика?“**



**Диаграма 8.** Разпределение на отговорите на респондентите на въпроса: „Мислите ли, че работата, която вършите отговаря на предварителните Ви очаквания и на длъжностната Ви характеристика?“

Повечето от анкетираните медицински специалисти смятат, че работата отговаря на очакванията и на длъжностната им характеристика, Само 2% от тях са дали отрицателен отговор.

- **Изследване на респондентите по признак благодарността на пациентите като мотивационен фактор**

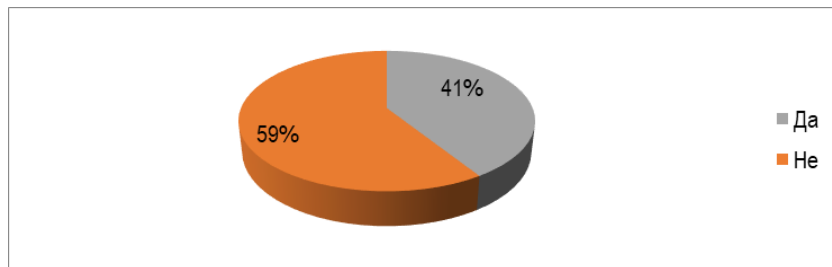


**Диаграма 9.** Изследване на респондентите по признак благодарността на пациентите като мотивационен фактор

За по-голямата част от респондентите – 85%, благодарността на пациентите е силно мотивиращ фактор. С благодарността на пациентите се постига осъзнаване на привлекателността, полезността, ценността на дейността и усилията на специалистите по здравни грижи. Оценката и признателността

на пациентите поддържат желанието за работа и стимулират за по-голяма всеотдайност на медицинските специалисти. Работа, предлагаща такива предизвикателства провокира проявата на индивидуалност, творчество и пълното отдаване на човека в трудовия процес с целия му потенциал, умения и способности. Това от своя страна поражда чувство за удовлетвореност у работника и желание за постижения.

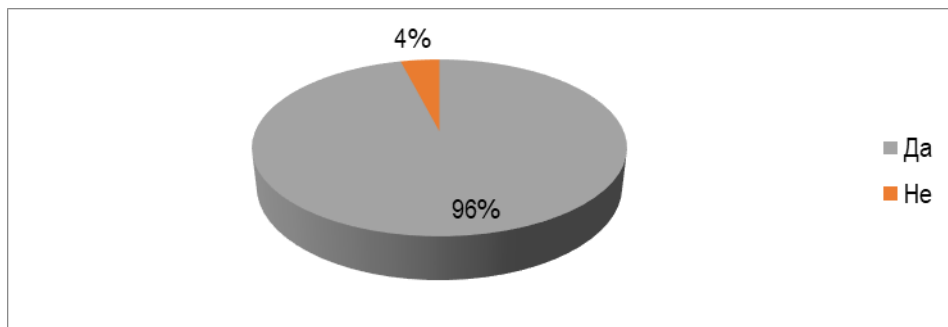
- **Изследване на респондентите по отношение на перспективата за професионална кариера и и израстване**



**Диаграма 10.** Перспектива и израстване на настоящата месторабота

За съжаление по-голяма част от анкетираниите – 59% са отговорили, че не съществува перспектива за тяхното професионално израстване. Въпреки че болницата разполага с модерна база и възможности, това не стимулира работещите медицински специалисти да се развиват и допълнително обучават. Тук трябва да се има предвид, че повечето от респондентите са професионалисти по здравни грижи. Въпреки това този резултат е обезпокояващ. Мениджърите на лечебното заведение трябва да дават възможност на персонала да обогатява знанията си периодично, което неминуемо ще доведе до подобряване качеството на предлаганите здравни услуги и ще стимулира персонала към творчество и инициативност.

- **Изследване на значимостта на уважението и признанието за мотивацията за работа**

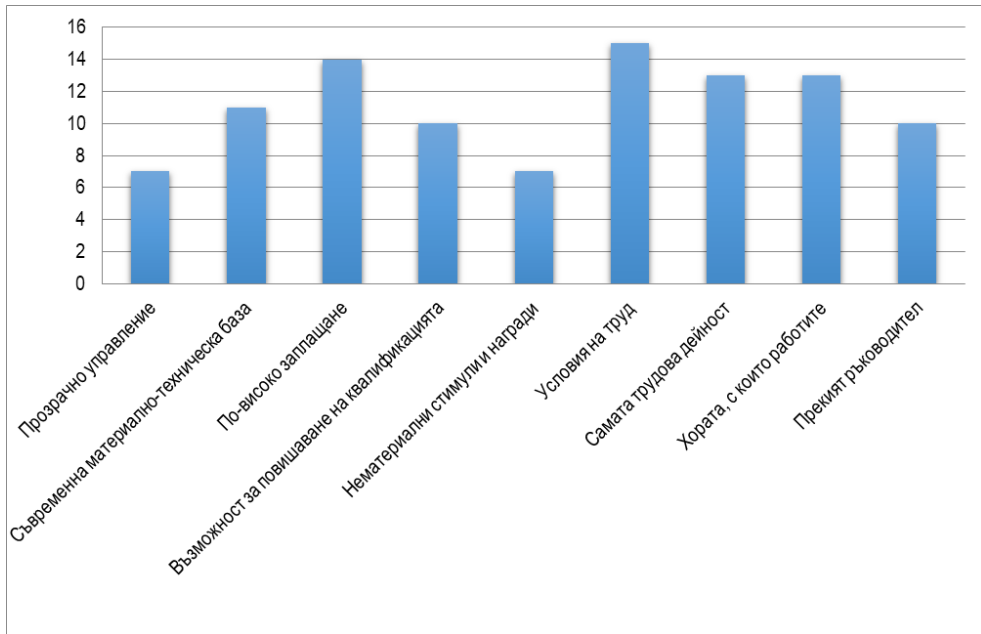


**Диаграма 11.** Уважението и признанието на Вашия труд стимулира ли Ви за по-добра работа?

За 96% от анкетираниите уважението и признанието са мотивиращ фактор за по-добра работа.

Признанието включва широк кръг от “позитивни реакции” за извършваната от служителите дейност – от похвалата, през доверието и поставянето на все по-отговорни задачи и сложни случаи, авторитета, системното консултиране със служителите, до материалните подбуди и растежа. Мениджърът е необходимо да индивидуализира за всеки индивид както формата, така и размера на признанието. Мотивиращият ефект на признанието е много силен, когато размера му съответства на способностите, проявените усилия и постигнатите резултати. Ако връзката между постиженията и размера на признанието не е обективна, мотивиращият ефект отслабва, поради породеното у индивида чувство за несправедливост.

• **Изследване на значимостта на отделните стимули, мотивиращи работата**



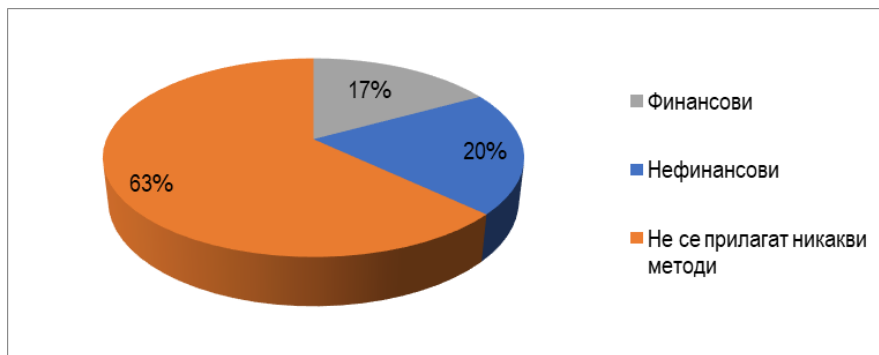
**Диаграма 12.** Значимост на стимулите за мотивация

Според съдържателните мотивационни теории всеки човек има различни нужди и потребности и поведението в значителна степен се ръководи от тях. Също така в различните моменти не всички потребности имат еднаква значимост, но от резултатите на анкетата на преден план се открояват условията на труд и по-високото заплащане. Условията на труд ще са един от факторите, с които ще трябва да се продължава да се мотира персонала. Работното време и отпуските са един от малкото лостове в случая за нематериална мотива-

ция. На второ място респондентите поставят по-високото заплащане като мотивационен фактор. Колективът и условията на труд са също от изключително значение за мотивацията на медицинските специалисти. Нематериалните стимули и награди и прозрачното управление са посочени на последно място. Промяната на статута на лечебното заведение, честата смяна в управлението (МБАЛ „Лозенец“ от една година е с временно ръководство) води до липса на сигурност, а оттам и на неудовлетвореност.

- **Изследване на прилаганите методи за мотивация**

63% от анкетираните медицински специалисти са отбелязали, че в лечебното заведение не се прилагат никакви методи за мотивация на персонала – това е сериозен знак към мениджмънта на болницата. Не може да се очаква при такъв остър дефицит на кадри да се привлекат квалифицирани специалисти и да се задържат да работят в болницата без каквито и да е стимули за мотивация.

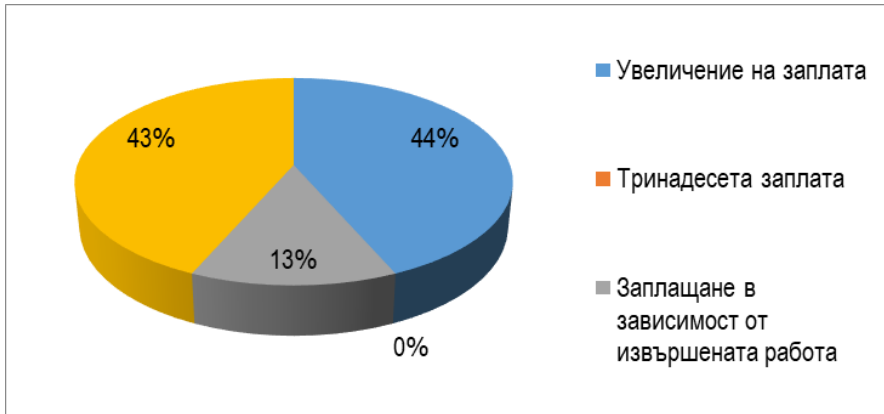


Диаграма 13. Изследване на методите за стимулация

- **Изследване на желаните финансови стимули за мотивация**

44% от анкетираните заявяват желание за увеличаване на заплатата, което е очаквано и характерно за сектора на здравеопазването. Но еднаквото увеличаване на заплатата не гарантира повишаване на мотивацията за работа и по-високи резултати. 43% желаят допълнително материално стимулиране при повече и качествено обслужени пациенти. До този момент в лечебното заведение не се прилага този метод на мотивация. 13% предпочитат заплащане според извършената дейност. Резултатите от този въпрос биха били изключително полезни за ръководството на МБАЛ „Лозенец“ относно начина за формиране на трудовите възнаграждения.

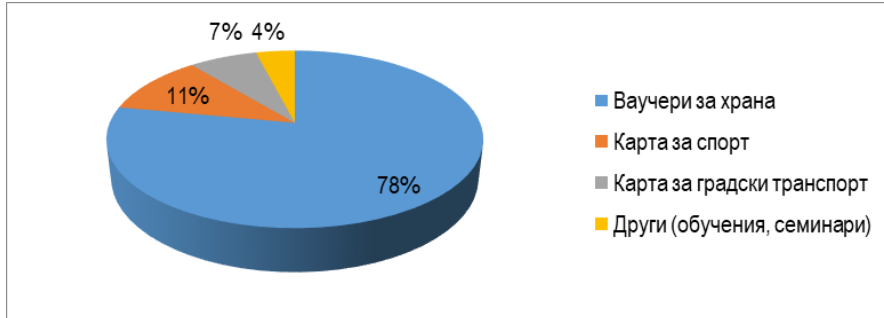




Диаграма 14. Финансови стимули

• **Изследване на допълнителни материални стимули**

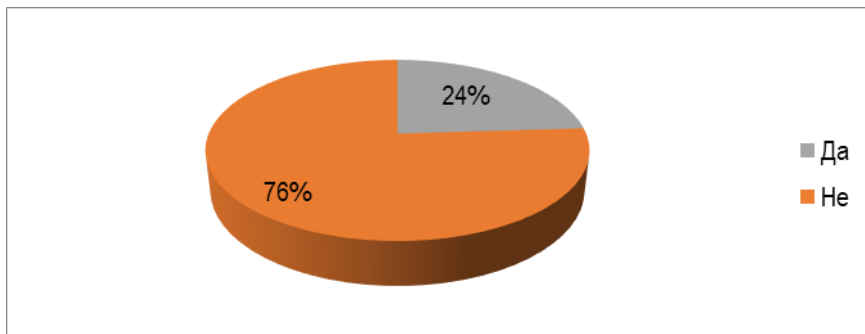
Този въпрос допълва желанията на анкетираните как могат да бъдат стимулирани с допълнителни социални придобивки. Тук на първо място респондентите са посочили ваучерите за храна, а след тях – картите за спорт. Ръководството на болницата е дало възможност на всички служители на болницата да спортуват и се възстановяват в Спортно-оздравителния комплекс на болницата.



Диаграма 15. Социални стимули

• **Изследване на респондентите за други трудови взаимоотношения**

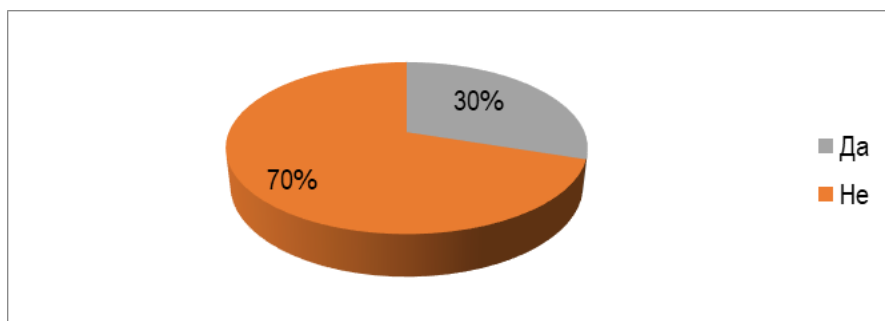
24% от респондентите работят на второ място. Това в системата на здравеопазване е често явление. Липсата на кадри и ниското заплащане – най-вече при специалистите по здравно грижи, налага да се работи на две места. Това обаче води до свръхнатовареност, синдром на „burn out”, а оттам и на влошаване на качеството на предоставянето на здравни услуги, както и до допускането на медицински грешки.



Диаграма 16. Изследване за допълнителни трудови взаимоотношения

- **Изследване на респондентите за отношението им към материалния стимул за работа в Ковид отделение**

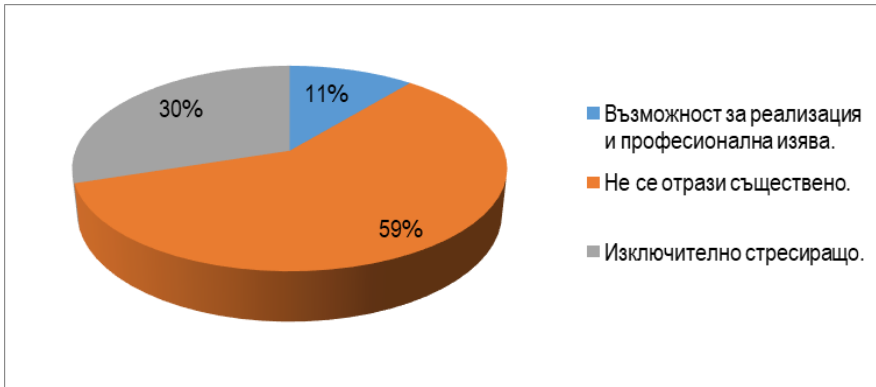
За една немалка част от анкетираните – 30%, добавката от 1000 лв. е стимул за работа в Ковид-отделение. През по-голяма част от извънредната епидемиологична обстановка повечето от плановите операции и други медицински дейности бяха отложени, а отделенията реструктурирани за лечение на болни с коронавирус. МБАЛ „Лозенец“ изцяло се реорганизира като Ковид-болница. И разбира се, основният проблем се оказа липсата на кадри. За голям процент от анкетираните – 70%, паричният стимул не е достатъчен мотиватор.



Диаграма 17. Добавка от 1000 лв. като стимул за работа в Ковид-отделение

- **Отражението на Ковид-пандемията върху мотивацията на медицинските специалисти**

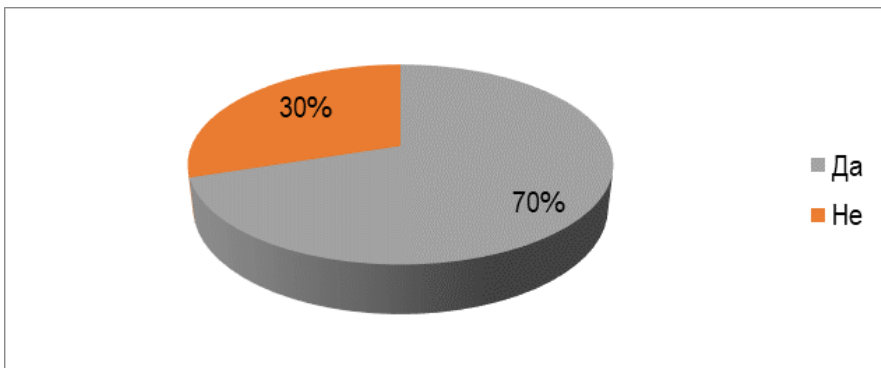
За 59% от анкетираните пандемията от Ковид-19 не се отразила съществено на мотивацията им за работа. За 30% влиянието на пандемията е нанесло изключителен стрес и преумора. 11% от медиците са открили нови възможности за реализация и професионална изява.



Диаграма 18. Отражението на пандемията от Ковид-19 върху вашата мотивация

- **Изследване на представите за привлекателност на работата**

Значителен дял, 70% от респондентите намират достатъчен смисъл и удовлетворение от своята работа, за да я препоръчат на други хора, въпреки очерталата се финансова неудовлетвореност.

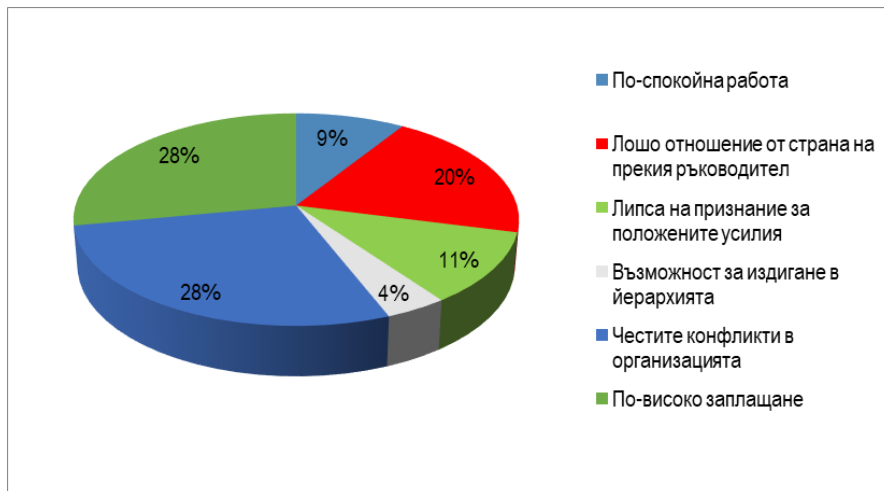


Диаграма 19. Привлекателността на работата

- **Изследване на респондентите според мотивите за напускане на работа**

Резултатът от последния въпрос в анкетата показва, че освен по-високото заплащане (28%), честите конфликти в организацията (28%) и лошото отношение от страна на прекия ръководител (20%) са основните причини, поради които медицинските специалисти биха напуснали болницата.

Добрата психоатмосфера в колектива е съществена предпоставка за ефективната работа. Управлението на конфликтите в екипа, спазване на справедливо разпределение на работата, взаимна подкрепа в работния процес, емпатия са важни фактори за работния климат. Справедливото отношение на прекия ръководител, неговата компетентност и авторитет са от съществено значение за работата на медицинските специалисти. Едва 4% от анкетираните биха напуснали работата си, поради възможност за издигане в йерархията.



Диаграма 20. Причини за напускане на настояща работа

### ГЛАВА 3. СТИМУЛИРАНЕ НА ПЕРСОНАЛА ЧРЕЗ МОТИВАЦИОННА ПРОГРАМА

#### 1. Методи за стимулиране

##### 1.1. Мотивиране чрез самата работа

За осигуряване мотивиращата роля на „самата работа“, за повишаване на нейната привлекателност, ценност и стойност е необходимо да бъдат отчетени следните характеристики на мотивиращата работа:

- цялостност на трудовата задача
- разнообразие на изискванията, които трудовата задача поставя пред работника;
- възможност за контакти и общуване по време на изпълнение на трудовата дейност;
- автономност на работата и работника;
- възможности за обогатяване на знанията, уменията, опыта (за усъвършенстване и развитие на работника).

Работа, предлагаща такива предизвикателства провокира проявата на индивидуалност, творчество и пълното отдаване на човека в трудовия процес с целия му потенциал, умения и способности. Това от своя страна поражда чувство за удовлетвореност у работника и желание за постижения. Изхождайки от теорията на Херцберг е необходимо да бъде направено допълнението, че проектирането на труда и трудовата задача трябва да бъде съобразено с

психологическите особености на конкретния изпълнител, за да бъде той мотивиран за ефективно изпълнение.

## 1.2. Признаване на постиженията и награждаване

Признанието включва широк кръг от „позитивни реакции“ за извършвана от работника дейност – от похвалата, през доверието и поставянето на все по-отговорни задачи, авторитета, системното консултиране с работника, до материалните подбуди и растежа.<sup>8</sup>

Мениджърът е необходимо да специфицира за всеки индивид, както формата, така и размера на признанието. Мотивиращият ефект на признанието е много силен, когато размера му съответства на способностите, проявените усилия и постигнатите резултати от съответния индивид. Ако връзката между постиженията и размера на признанието не е обективна, мотивиращият ефект отслабва, поради породеното у индивида чувство за несправедливост.

## 1.3. Използване на парите като стимул и Възнаграждение

Още с възникването на теорията за стимулиране се поставя спорът за значението и ролята на парите като мотиватор. Фредерик Тейлър формулира идеята за високото парично възнаграждение като единствен фактор за стимулирането на хората. Маслоу разглежда парите като базова потребност, която трябва да бъде задоволена, за да се даде възможност за изява на потребностите от горните равнища на пирамидата. Херцберг подлага на съмнение ролята на парите като мотиватор и ги определя като „хигиенен“ фактор. Осигуряването им той разглежда като необходимост за предотвратяване на неудовлетвореността.

Последващото изложение представя две противоположни гледни точки, две различни възприятия за парите като мотиватор.

### *Парите мотивират!*

Парите са решаващ фактор за стимулиране на индивидите. Изпълнявайки ролята на средство за размяна, парите спомагат за удовлетворяване на основните физиологични нужди и нуждата от сигурност на индивидите. Освен това парите изпълняват функцията на индикатор, чрез който работниците оценяват значимостта, ценността на своя труд за организацията и я сравняват с този на другите работници. Според теорията за справедливостта парите освен разменна стойност имат и символична стойност. Работникът сравнява величината на работната заплата като резултат от неговия труд със своя принос, за да установи дали неговия труд се оценява справедливо.

В допълнение към теорията за справедливостта, теорията на очакванията потвърждава значението на парите като мотивиращ фактор. В съответствие

---

<sup>8</sup> Маркова, С. Мотивиране на нови, желани поведенчески модели чрез анализ на стимулите, Сестринско дело, 4-5, 1996

с теорията на очакванията, парите ще мотивират дотогава, докато се възприемат като средство за достигане на индивидуалните цели и като функция на определени критерии за изпълнение на задълженията.

*Парите не мотивират повечето работници!*

Парите могат да мотивират някои индивиди при определени условия. Следователно въпросът не се състои в това дали парите могат да мотивират или не. По-уместен е въпросът: „Мотивират ли парите повечето от работниците за по-добри постижения?“ Отговорът на този въпрос е „Не.“

За да изпълняват парите ролята на мотиватор за определен индивид е необходимо да са налице определени условия.

- Индивидът трябва да отдава значение на парите. Не всички работещи отдават еднакво значение на парите. Те имат съществено значение за индивиди с по-силни „първични“ нужди. Парите в същото време оказват слабо влияние върху хората, стремящи се към високи постижения, поведението на които е резултат от вътрешна стимулиране.
- Индивидът трябва да възприема парите като пряк резултат на неговия принос. Парите биха имали мотивиращ ефект, ако индивидите осъзнават съществуването на силна зависимост между степента на изпълнение на задачите и възнаграждението. Увеличението на заплатите се определят по-скоро от нивото на заплащане в отрасъла, индексът на разходите за живеене, финансовите перспективи за организацията, отколкото от степента на изпълнение на задачата от всеки работник.
- Разликата във възнаграждението на работник с високи постижения и на работник със средни, трябва да бъде значително.
- Мотивиращата роля на парите, зависи от възможностите на мениджъра за свобода на действие при награждаване на индивидите с високи постижения. Обикновено величината на възнаграждението е регламентирана в колективен трудов договор и се разпределя на база на длъжността и трудовия стаж на работещия, а не въз основа на степента на изпълнение на задачата. Следователно на теория парите могат и да мотивират работещите към по-висока степен на изпълнение, но по-голяма част от мениджърите не разполагат с достатъчно условия за гъвкавост, за да ги използват като мотивиращ фактор.

#### **1.4. Поставяне на цели и изисквания**

Хората е необходимо да са запознати с това, което се очаква от тях да изпълнят и с това, което ги очаква, ако не го изпълнят. „Трудовата задача трябва така да бъде формирана и формулирана, че да е ясен ориентир за работника относно това, което той трябва да извършва, като част от цялостния процес във фирмата.“

Ясно формулираната цел и задача предоставя възможност на работника да оцени съдържанието на работата си, а също така ролята и мястото на собствената си дейност в общия трудов процес.

Съгласно теорията за стимулиране чрез цел, стремежът за постигане на целта мотивира хората за по-ефективно изпълнение. За целта е необходимо ръководителят да осигури „обратна връзка“ за текущите постижения и резултати, за възникнали проблеми, за възможно рационализиране и др.

Съгласно теорията за очакването, формулираните цели е необходимо да съдържат информация за възнагражденията при постигането им и за санкциите при евентуален неуспех.

### **1.5. Обучение и развитие на персонала**

Чрез прилагането на програми за обучение и развитие се дава възможност на хората да разширят своите умения, способности, познания и потенциал. Това е начин да се покаже на хората, че те са ценни за организацията и тя е заинтересована от тяхното развитие. Придобитите нови познания, умения и способности по-късно ще бъдат използвани за реализиране на целите и задачите на организацията.

Прилагането на този метод за стимулиране представлява съществен стимул за индивида, тъй като е насочен към удовлетворяване потребностите от уважение и самореализация, при условие, че те са активни за индивида, обект на мотивационно въздействие.

### **1.6. Мотивиране чрез изграждане на екипи**

Елтън Мейо пръв издига представата за „социалния индивид“ и защитава тезата, че човек по природа е предразположен към сътрудничество, изпитва потребност от общуване. Мейо доказва чрез серия от експерименти, че тази потребност на индивида от социално общуване предопределя по-високата производителност и по-силното стимулиране на хората при работа в групи. „Групата се разглежда като опосредстващо звено между личността и организацията, което осигурява безопасност от външен натиск и дава възможност за сътрудничество между хората“.<sup>9</sup>

Мотивиращата роля на груповата организация на труда се обуславя от многобройните възможности, които тя предоставя, насочени към социалните потребности на индивида, потребността от автономност и самореализация, а именно:

- високо и същевременно широко равнище на квалификация;
- автономност, съчетана с отговорност при изпълнение на трудовите задачи;
- самоорганизиране, саморегулиране и самоконтрол в трудовата дейност;

<sup>9</sup> Тодоров, К. Управление на фирмата, С, “Век – 22”, 2002.

- общуване, взаимопомощ и подкрепа; пълна концентрация на внимание, мисли, чувства;
- чувство за пълноценна включеност в дейностите;
- чувство за значимост в професията;
- чувство, че винаги знаеш как да действаш;
- отсъствие на страх от грешки или неуспех;
- отговорност за получените резултати.

## 2. Програма за повишаване на мотивацията на медицинския персонал

Мениджмънтът на човешките ресурси в здравеопазването е система от дейности, чрез които ефективно се използва персонала за постигане целите на здравната организация, решават се здравни проблеми на населението и същевременно се удовлетворяват потребностите на работещите хора. СЗО определя мениджмънтът на персонала в здравеопазването като дейност, която мобилизира, мотивира и създава условия на хората за развитие и самореализация в и чрез работа, насочена към достигане на целите на здравната система. Мотивацията на медицинските специалисти е много важна и необходима, защото количеството и качеството на предоставените здравни услуги от здравните организации се явява резултат от поведението на техните членове.

За осигуряването и поддържането на ефективна мотивация за всеки ръководител е полезно да знае някои основни правила при реализиране на ръководните си функции. В резултат на направения анализ от анкетното проучване сред медицинските специалисти на МБАЛ „Лозенец“ могат да се изведат следните препоръки и програми за повишаване на тяхната мотивация:

- Повишаване на трудовото възнаграждение чрез въвеждане на допълнително материално стимулиране на базата на повече и качествено обслужени пациенти. Увеличаването на основната заплата е важен, но недостатъчен стимул за мотивация.
- Повишаване на ефикасността на екипната работа, която зависи от редица фактори: поддържащата организационна среда, наличието на съответни умения; яснота на задачите, присъствие на обща екипна цел, която трудно би се декомпозирала на индивидуални такива. Създадената атмосфера на близост и доверие сред персонала и пациентите, оказват влияние върху ефективността и качеството на медицинското обслужване. Формалните и неформалните отношения допринасят за повишаване на удовлетвореността от работата и мотивацията и принадлежност към лечебното заведение.
- Способността да се извлече най-голям принос от персонала се основава на уменията да се култивира чувство на принадлежност и постигане на целите – действия в посока засилване на идентифицирането на служителите с болницата, индивидуален подход към всеки служител, отнесен към неговите



индивидуални потребности от мотивация. Към това може да се причисли и познаване на особеностите за мотивирана на отделните поколения. При респондентите над 50 години е характерно по-рядко сменяне на работните места. Изкарвайки повечето трудов стаж в една организация, те приемат организационните изисквания с по-голяма готовност и имат по-ниски очаквания за баланса между личен и трудов живот. Те могат да бъдат мотивирани като им се предостави възможността да споделят техния опит с по-младите колеги. За 25-40 годишните новите технологии са част от живота им, гъвкави и търсещи нетрадиционни възможности за развитие. Повишаваното на мотивацията на младите здравни кадри и задържането им в българската здравна система би се постигнало чрез осигуряването на възможности за професионално усъвършенстване, продължаващо обучение, специализации в чужбина, както и постоянни надграждащи обучения.

- Прилагане на социални стимули за мотивация – ваучери за храна, карти за спорт, организиране на тимбилдинг програми.
- Изграждане на доверие и откритост с ръководителя – лидера. Управление чрез култура, като особен тип междуличностни взаимоотношения, което окриля и подбужда към целесъобразна активност.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мотивацията на медицинския персонал е една от основните задачи на здравния мениджър, за да бъде осигурено правилно и ефективно функциониране на организациите в сферата на здравеопазването. На работното място мотивацията отразява индивидуалната степен на готовност на служителя да изпълнява съвестно своите задължения, за да бъдат достигнати основните организационните цели. Един ефективен здравен мениджър е необходимо да притежава способността да въздейства върху поведението на служителите и да управлява основните им мотиви – вътрешни и външни, с цел постигане на по-високо лично удовлетворение от извършената работа. В резултат на това може да се постигне по-висока ефективност и реализиране на организационните цели, част от които са обвързани с изпълнението на висококачествени медицински грижи, полагани от висококвалифицирани специалисти. Най-определящ ресурс за всяка една болница са нейните специалисти и тяхната професионална подготовка, мотивация и морално-етична стойност. За да реализират своята мисия и проспират в динамично променящата се среда лечебните заведения трябва да разчитат на своите служители – на уменията и способностите им, на техните усилия, на желанието им да работят за болницата си. Служителят е личност с качества, компетенци и вътрешна мотивация, които ако се насочват към постигане на поставените цели, се превръщат в капитал. Въпросът е не само да се задържат хората на работа, но и те да се мотивират да вложат усилия за постигането както на своите лични цели, така и за целите на организацията.

Недостигът на медицински специалисти в България не е ново явление, а е проблем, който се задълбочава през годините. Политиките за задържане и развире на кадрите на национално ниво са крайно неефективни и дефицитът особено се обостря поради настъпилата пандемия от Ковид-19. Липсата на добра осигуреност с медицински специалисти в страната е широко дискутиран проблем от управляващите и обществото, но без дългосрочна, целенасочена и устойчива политика промяна на статуквото е невъзможна.

Ефективността на здравния мениджмънт зависи от степента на решенията на три сфери на потребности вътре в организацията:

- потребности за решаване на общите задачи;
- потребности за поддържане на групата(екипа);
- индивидуални потребности на членовете на групата.

Идеалното положение е тогава, когато здравният мениджър така ръководи, че да се постигне пълна интеграция или баланс между трите сфери на потребности. Добрият мениджър във всеки момент би трябвало да е наясно не само какво и как работят хората, но и защо, в името на какво, какъв личен смисъл те влагат в дейността си, удовлетворени ли са от труда си. Управлението на таланти би трябвало да стане основният подход за управление на човешкия капитал в организациите като се има предвид подмяната на поколенията и техните предпочитания за работа.

Необходима е програма за професионално развитие и кариера в здравеопазването, която да изпълнява мотивираща роля и да реши два генерални проблема на мениджмънта на човешките ресурси – постигане на общите цели на здравната организация и удовлетворяване индивидуалните потребности на работещия персонал.

## ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М. Бърнаут – актуален проблем за управлението на човешките ресурси в здравеопазването. Център за устойчиво развитие, изд. „Наука и общество“, София 2012.
2. Андреева М. Управление на персонала, ИК “Галактика”, Варна, 199
3. Армстронг М., Управление на човешките ресурси, Делфин прес, Б., 1993
4. Атанасов, П., Мотивация за работа и професионална удовлетвореност на лекарите в българските болници, Научни трудове на Русенския университет, том 53, серия 8.3, 2014
5. Басаров, А. Възможности за промяна в мотивационния механизъм на заплащането на труда в лечебните заведения за болнична помощ, Здравен мениджмънт, 3, 2003.
6. Гавраилова, Д., Ж. Сурчева. Сила и авторитет на сестринската професия, Здравен мениджмънт, 6 (3), 2003
7. Гавраилова, Д., Сурчева, Ж. Трудовата мотивация – обзор върху някои

- теоретични постановки, Здравен мениджмънт, I-ва част 3, 2003
8. Грънчарова Г., “Управление на здравни грижи“ ИЦ на МУ – Плевен 2011г
  9. Димитрова, М., П. Бикова, Н. Василева, „Ниво на проявена емпатия от студенти специалност медицинска сестра” Здравни грижи, 2012г. бр. 2
  10. Илиев Й. Мотивация на персонала, София, 1993 г,
  11. Илиев Й. Управление на човешките ресурси „Абагар“ 2005
  12. Йосифов Й, Бърнаут синдром сред медицинския персонал в условията на ковид-19. Здравна политика и мениджмънт, том 21(3),2021
  13. Маркова, С. Мотивиране на нови, желани поведенчески модели чрез анализ на стимулите, Сестринско дело, 4-5, 1996
  14. Михайлова Цв. Роля на мотивацията за ефективността на медицинските специалисти в болничната помощ, София , 2015
  15. Младенов Ю. и В. Терзиев, Управление на човешките ресурси, Русе, 2011
  16. Младенов Ю..В.Терзиев, Мотивация на персонала
  17. Панайотов, Д. Психология на успеха, С, МБК, 2002
  18. Паунов, М., Мотивация, С., 2001
  19. Сурчева, Ж. Признанието на сестринския труд и достиженията на работното място: отношение на персонала и мениджърите, Здравен мениджмънт, 2, 2002
  20. Сурчева, Ж. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки, Здравен мениджмънт, 3, 2003
  21. Тодоров, К. – Управление на фирмата, С, “Bek – 22”, 2002.
  22. Deal, T., & Kennedy, A. (1982). Corporate cultures: The rites and rituals of organizational life. MA: Addison-Wesley Reading.
  23. Fred E. Fiedler, Joseph E. Garcia: New Approaches to Effective Leadership. Cognitive Resources and Organizational Performance: 1987, New York: Wiley.
  24. Jonsen, A.R., Siegler M. and Winslade, W.: Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. (4 th Edition) New York: McGraw-Hill, 1998;
  25. Уебсайтове:
  26. [www.clinika.bg](http://www.clinika.bg)
  27. Национален център за здравна информация – <http://www.ncphp.government.bg/index.php?lang=bg>
  28. Managers: Themen – Prozesstheorien <http://www.4managers.de/01-Themen/..%5C10-Inhalte%5Casp%5CProzesstheorien.asp?hm=1&um=P>
  29. M a r t i n e u , T . Report of knowledge programmes and human resources for health workshop.20 Jan. 2003 [http://www.healthsystemsrc.org/events/events\\_reports/HR\\_workshop-final.pdf](http://www.healthsystemsrc.org/events/events_reports/HR_workshop-final.pdf)

## Приложение 1. Анкетна карта

Уважаеми колеги,

Настоящата анкета е напълно анонимна. Целта е да се проучи същността на фактори, мотивиращи медицинския персонал в МБАЛ „Лозенец“.

Моля отбележете Вашето мнение по зададените въпроси с отличителен знак. Предварително благодаря за отделеното време.

1. Пол: .....
2. Възраст .....
3. Образование.....
  - а/ бакалавър;
  - б/ магистър;
  - в/ доктор;
  - г/ доцент;
  - д/ професор.
4. Специалност: .....
5. Общият Ви трудов стаж е:.....
6. Трудовият Ви стаж в настоящето лечебно заведение е.....
7. Какви са причините да изберете нашата болница?
  - а/ доброто име и престиж на лечебното заведение;
  - б/ добри условия за обучение и развитие;
  - в/ естеството на работа;
  - г/ условията на работа;
8. Удовлетворени ли сте от сегашната си професионална дейност?
  - а/ да
  - б/ не
  - в/ отчасти
9. Запознахте ли се с характера на длъжността при постъпването си на работа?
  - а/ да
  - б/ не
  - в/ отчасти
10. Мислите ли, че работата, която вършите отговаря на предварителните Ви очаквания и на длъжностната Ви характеристика?
  - а/ да
  - б/ по-скоро да
  - в/ отчасти
  - г/ не

**11. Признанието и благодарността на пациентите имат ли значение за Вашата мотивация?**

- а/ да
- б/ не
- в/ донякъде

**12. Съществува ли перспектива за професионална кариера и израстване в отделението, в което работите?**

- а/ да
- б/ не

**13. Уважението и признанието на Вашия труд стимулира ли Ви за по-добра работа?**

- а/ да
- б/ не

**14. Подредете по значимост изброените стимули, мотивиращи Вашата работа.**

- Прозрачно управление
- Съвременна материално-техническа база
- По-високо заплащане
- Възможност за повишаване на квалификацията
- Нематериални стимули и награди
- Условията на труд
- Самата трудова дейност
- Хората, с които работите;
- Прекият ръководител;
- Друго /посочете/.....

**15. Кои методи за мотивация се прилагат по-често във Вашата работа?**

- а/ финансови
- б/ нефинансови
- в/ не се прилагат никакви методи.

**16. Кои финансови стимули предпочитате?**

- а/ увеличение на заплатата;
- б/ 13-та заплата;
- в/ заплащане в зависимост от извършената работа;
- г/ допълнително материално стимулиране при повече и качествено обслужени пациенти;

**17. Какви социални стимули предпочитате?**

- а/ ваучери за храна;
- б/ карта за спорт;
- в/ карта за градски транспорт;
- г/ други, посочете.....

**18. Работите ли на друго място?**

- а/ Да;
- б/ Не;

**19. Добавката от 1000 лв. би ли Ви стимулирала да работите в Ковид отделение?**

- а/ Да;
- б/ Не;

**20. Как се отрази пандемията от Ковид-19 върху Вашата мотивация за работа в лечебното заведение?**

- а/ даде ми възможност за реализация и професионална изява;
- б/ не се отрази съществено на мотивацията ми за работа;
- в/ изключително стресиращо;

**21. Бихте ли препоръчали Вашата работа на свой приятел или познат?**

- а/ Да;
- б/ Не;

**22. Какво би Ви накарало да напуснете сегашната си работа?**

- а/ по-спокойна работа;
- б/ лошо отношение от страна на прекия ръководител;
- в/ липса на признание за положените усилия;
- г/ възможност за издигане в йерархията;
- д/ честите конфликти в организацията;
- е/ по-високо заплащане;

**Благодаря Ви за отделеното време!**

## **MOTIVATION OF MEDICAL STAFF IN THE CONTEXT OF STAFF SHORTAGES AND THE COVID PANDEMIC**

---

**Desislava Sandova**

**Abstract:** Motivation of the medical staff is one of the main tasks of the healthcare manager to ensure proper and efficient functioning of healthcare organizations. In the workplace, motivation reflects the individual employee's degree of willingness to conscientiously perform his or her duties in order to achieve the basic organizational goals. An effective healthcare manager needs to possess the ability to influence employee behavior and manage their underlying motives, both intrinsic and extrinsic, in order to achieve higher personal job satisfaction. As a result, greater efficiency and the realisation of organisational goals can be achieved, some of which are tied to the delivery of high quality care by highly skilled professionals.

**Keywords:** motivation, effective management, medical staff

# ПОВИШАВАНЕ КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ ЧРЕЗ ОБУЧЕНИЕ (ПАРТНЬОРСТВО МЕЖДУ МБАЛ „ИВАН СКЕНДЕРОВ“ И ОБЩИНА ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ)

Гюлфе Аян<sup>1</sup>

*Научен ръководител: доц. д-р Татяна Даскалова*

*Рецензент: гл. ас. д-р Даниела Кръстева*

**Резюме:** Децентрализацията в управлението налага тотална промяна в целите, методите, организацията на работата, мотивацията, културата и ценностната система на работещите в здравеопазването. Постоянна е необходимостта от повишаване квалификацията на медицинския персонал. В съвременните условия съществуват възможности тази дейност да се осъществи с партньорство. В конкретния случай партньорството (взаимодействащи си звена) е между МБАЛ „Иван Скендеров“ и община Гоце Делчев. По предложение на кмета на общината и след разглеждане в комисията по здравеопазване и решение на Общинския съвет, е създадена програма за подпомагане на лекари (специализанти) за тяхното продължаващо обучение, които след придобиване на специалност имат ангажимента да работят в болницата за период от 5 години.

**Ключови думи:** медицински персонал, квалификация, партньорство с общината

## УВОД

Политиката в здравеопазването се стреми към укрепване здравето на човека, предотвратяване на заболяванията, подобряване на качеството и ефективността на здравната помощ. Реформата в здравеопазването в България е в ход и е неразделна част от цялостната реформа в обществото. Съобразена е с принципите на стратегията на СЗО „Здраве на всички в 2000 г.“. Разглеждането на монополно-държавната система на здравеопазването и заменянето ѝ с плуралистична, изисква въвеждането на нови демократични подходи и принципи:

- Справедливост и равенство при обща отговорност на държавата за здравето на населението;
- Участие и лична отговорност на всеки за здравето му;
- Приоритет на първичната медицинска помощ;

<sup>1</sup> Д-р Гюлфе Аян (gyulfe.pend@gmail.com) е магистър по „Медицина“ от Тракийски университет, Стара Загора. От 2018 г. е лекар-специализант по „Акушерство и гинекология“ в УМБАЛ „Света Анна“ София АД.



- Равнопоставеност на общественото и частното здравеопазване;
- Свободен избор на лекар и здравно заведение от всеки гражданин.

Децентрализацията в управлението налага тотална промяна в целите, методите, организацията на работата, мотивацията, културата и ценностната система на работещите в здравеопазването. Според Закона за лечебните заведения чл.3 ал.1 болниците бяха регистрирани по Търговския закон, с изключение на спешна и психиатрична помощ, центровете за трансфузионна хематология, домовете за медико-социални грижи, лечебните заведения на МС, МО, МВР, Министерство на правосъдието и Министерство на транспорта. Преобразуването на лечебните заведения, въвеждането на семеен лекар и създаването на частни здравни заведения през последните години, спомага за подобряване организацията на работа и регулиране на пазара на здравните стоки и услуги в условията на конкуренция. Грижите за пациентите в болницата трябва да бъдат разглеждани като здравни грижи в условията на пазарна икономика.

С навлизането на здравната реформа в лечебните заведения със стационар се изведоха приоритети:

- Осигуряване на качество и ефективност на здравните грижи;
- Осигуряване на ресурси и правилното им разпределение;
- Осигуряване на достойно заплащане на труда на специалистите по здравни грижи и подобряване на престижа на професията.

Здравните грижи като услуга на населението. Здравната каса (пациента) заплаща за здравни грижи, а специалистът е длъжен да му ги осигури с необходимото качество. Оттук възниква и взаимоотношението между специалистът по здравни грижи и неговото семейство. От значение е също и отношението между членовете на персонала в едно здравно заведение.

Изпълнителният директор и Главната медицинска сестра организират и ръководят здравната дейност в болницата в съответствие с утвърдените стандарти за добра медицинска практика. За постигане на добро качество, достатъчност и адекватност на здравните грижи, се създава Съвет по здравни грижи, ръководен от главната медицинска сестра. Главната медицинска сестра отговаря за управлението на здравните грижи. Като член на ръководния екип на здравното заведение, в унисон с водената от него политика, главната сестра отговаря за оптималната организация на здравните грижи.

Състоянието на здравната реформа, в което се намира българското здравеопазване, изисква полагане на все по-качествени здравни грижи. Лечебните заведения се финансират от НЗОК, МЗ и кешови плащания, което налага да се прецизират продължителността и качеството на лечението в болницата. Здравните грижи имат много важно място в лечебния процес. Те удовлетворяват нуждите на болните както от чисто физически грижи, така и от морална подкрепа.

### **Елементи, влияещи пряко или косвено върху качеството на здравните грижи:**

- Особености на живота на болницата;
- Структури на услугите на професионалистите по здравни грижи;
- Адекватна помощ;
- Обучение, квалификация, способности и изисквания към персонала;
- Административни болнични мерки: местни и национални;
- Удовлетвореност на болния и персонала от работата на професионалистите по здравни грижи;
- Предел на търпимост спрямо грешките в сферата на здравни грижи;
- Степен на ефективност на здравни грижи за здравословното състояние на болния;
- Участие на болните и техните близки при вземане на решения или при действия, отнасящи се до тяхното здраве;
- Отговори на жизненоважни и елементарни нужди;
- Прилагане на медицински предписания.

Ефективността на здравните грижи е основен показател в здравеопазването. Разработените и въведени от НЗОК клинични пътеки целят максимално кратък болничен престой. Тук е и голямата роля на професионалистите по здравни грижи. Организацията по провеждането на назначените процедури и манипулации, като и общите грижи за болния, се осъществяват от работещите в стационара сестри и акушерки. В зависимост от спецификата на отделните клиники и отделения всяка сестра или акушерка трябва да познава клиничните пътеки и да работят по изградени алгоритми на поведение за всяко едно заболяване. Освен чисто практични умения за манипулации и процедури медицинските професионалисти трябва да изградят и умения за работа с медицинска апаратура.

Здравните грижи, оказвани от медицинските сестри, акушерки, рехабилитатори и лаборанти са уточнени от следните документи:

- Длъжностна характеристика;
- Правилник за вътрешния ред на болницата и във всяко звено;
- Декларации за информирано съгласие при изследвания на пациентите;
- Протоколи и технически фишове за провеждане на общи и специфични здравни грижи;
- Алгоритми за поведение на мед. професионалисти във всеки момент от лечението на болния.

**Актуалност на темата:** необходимост от повишаване квалификацията на медицинския персонал. В съвременните условия съществуват възможности тази дейност да се осъществи с партньорство. В конкретния случай партньорството (взаимодействащи си звена) е между МБАЛ „Иван Скендеров“ и об-

щина Гоце Делчев- по предложение на кмета на община Гоце Делчев и след разглеждане в комисията по здравеопазване и решение на общинския съвет е създадена програма за подпомагане на лекари (специализанти) за тяхното продължаващо обучение, които след придобиване на специалност имат ангажимента (сключен договор) да работят в МБАЛ „Иван Скендеров“ за период от 5 години.

**Целта** на разработката е да се обоснове необходимостта от повишаване квалификацията на медицинския персонал (лекари) чрез обучение и споделяне на техния опит след придобиване на специалност в МБАЛ „Иван Скендеров“.

За постигането на тази цел трябва да се решат няколко **изследователски задачи**:

1. Да се представят нормативни аспекти за повишаване квалификацията и придобиване на специалност в системата на здравеопазването.
2. Да се направи анализ и оценка от прилагането на проект, финансиращ медицинския персонал.
3. Да се изведат насоки и препоръки.

### **Изследователска теза**

Основният проблем, който разглеждаме е недостигът на медицински кадри (лекари). **Защо лекарите са “на изчезване”?**

Отговорите на този въпрос са няколко. Най-напред се забелязва световна тенденция за отлив от професията. Доскоро тя не беше характерна в България, но с приобщаването ни към глобалната икономика и най-вече с приемането ни в Европейския съюз тази тенденция ще стане осезаема и у нас. Професията е тежка, стресова, изисква много инвестиции на време и средства в образование, а заплащането не е чак толкова високо, дори в световен мащаб. Това кара хората да не я предпочитат вече толкова, колкото в миналото.

### **Данни от института „Отворено общество“**

Съвсем скоро в България ще се усети остър дефицит на медицински кадри. Това показва проучване на института “Отворено общество”, посветено на човешките ресурси в здравеопазването<sup>2</sup>. Според данните от изследването 20% от лекарите в страната ни са на възраст над 60 години, а 48% от тях са между 46 и 60 години. Само 5% от лекарите в България са на възраст до 30 години. Когато тези хора се пенсионират, кадрите в здравната система ще намалеят значително, се казва в изводите от проучването. Оказва се, че недостиг на кадри ще има не само в лекарската професия, но и сред медицинските сестри. Данните, отнасящи се до тях, са още по-тревожни. Само 4% от сестрите са на възраст до 30 години. В регистрите на Българския лекарски съюз (БЛС) фигурират 32

<sup>2</sup> Лекари на изчезване- [https://www.bia-bg.com](https://www.bia-bg.com;);

000 лекари и 47 000 медицински сестри. Това на практика означава, че се падат средно по 1.5 сестри на лекар.

Тенденцията за миграция на лекари и сестри от една държава в друга също е една от причините за дефицита на кадри в здравеопазването. След присъединяването си към ЕС Полша беше една от страните, които най-силно усетиха на гърба си недостига на медици. В България този процес се е забавил заради икономическа криза. Когато излезем от нея, обаче голяма част от българските лекари ще се ориентират към западноевропейските пазари на труда, заради по-доброто заплащане и по-добрите условия на труд. Българските лекари заминават най-често за Великобритания (42%), за Германия (25%) и за Франция (8.9%), показва проучването на “Отворено общество”. Има тенденция те да напускат страна още от студентската скамейка. В същото време студентите по медицина от чужбина се увеличават. Те вече заемат 30% от всички студенти по медицина в България. След като завършат, голяма част от тях се връщат да работят в родните си страни.

**Структурата на магистърската теза** обхваща три глави. Първата глава разглежда нормативни аспекти по отношение придобиване на специалност в системата на здравеопазването и акредитацията на лечебните заведения, в които се провеждат обучения. Втора глава включва анализ и оценка на партньорството между МБАЛ „Иван Скендеров“ (структурни звена) и община Гоце Делчев (политика в здравеопазването). Трета глава представя насоки и препоръки, подпомагащи квалификацията на медицинския персонал.

## **ПЪРВА ГЛАВА. НОРМАТИВНИ ОСНОВИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

### **1. Обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването**

Обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването се извършва по условията и реда на Наредба № 1/22.01.2015 г. на МЗ. С наредбата се определя и номенклатурата на специализантите и сроковете за придобиването им. Практическото обучение се провежда в лечебни заведения (“бази за обучение”), получили одобрение от Министъра на здравеопазването за извършване на дейности по чл. 90, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, които имат възможност за изпълнение на учебната програма за специалността или на съответните раздели или модули от нея.

Обучението за придобиване на специалност се извършва съобразно утвърдена учебна програма от министъра на здравеопазването. Ръководителят на базата на обучение (Изпълнителен директор или Управител) определя Ръководител на специализанта, който изготвя индивидуален учебен план на специа-

лизанта, въз основа на учебната програма за специализация. Учебният план се утвърждава от ръководителят на базата за обучение и се изпраща във Висшето училище в седем дневен срок от утвърждаването му.

Специалност в системата на здравеопазването се придобива след изпълнение на учебната програма и успешно положен практически и теоретичен изпит пред държавна изпитна комисия, определена със заповед на министъра на здравеопазването. Обучението за придобиване на специалност и държавният изпит се провеждат на български език. Не може да се провежда едновременно обучение за придобиване на повече от една специалност.

Обучението за придобиване на специалност, при която основно се извършват лечебна и/или диагностична дейност или непосредствено се предоставят здравни грижи на пациенти, наричана за краткост “клинична специалност”, се осъществява въз основа на едно от следните основания:

- Сключен срочен трудов договор на основание чл. 68, ал. 1, т. 2 от Кодекса на труда на пълно работно време с база за обучение по съответната специалност на длъжност за специализант, посочена в чл. 17, ал. 1; договарят се със срок до изпълнението на учебната програма и индивидуалния учебен план, но не по-късно от срока по чл. 12, ал. 3; изпълнението на учебната програма и индивидуалния учебен план се потвърждава от висшето училище при допускането на специализанта до държавен изпит;
- Договор за повишаване на квалификацията по чл. 234 от Кодекса на труда, сключен между база за обучение и неин служител с придобита вече друга специалност в системата на здравеопазването;
- Центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, държавните психиатрични болници и други лечебни заведения, които нямат одобрение от министъра на здравеопазването за обучение по съответната специалност, могат да сключват договори с бази за обучение по чл. 5, ал. 2 за обучение по клинични специалности на свои служители;
- Висшите училища могат да сключват договори с бази за обучение по чл. 5, ал. 2 за обучение по клинични специалности на свои служители;
- Отношенията между лечебното заведение по ал. 1, което няма одобрение от министъра на здравеопазването за обучение, или висшето училище по ал. 2 и служителя му, който ще се обучава по клинична специалност, се уреждат по реда на чл. 234 от Кодекса на труда.

Специализацията условно се разделя на две големи части – Теория и Практика.

## 1/ Теоретично обучение

Теоретичното обучение се провежда от медицинските факултети в страната (и съответните катедри към тях). Провежда се под формата на т.нар. лекционни (основни) курсове и не е безплатно. Таксата се определя от съответния университет. Тя се заплаща от различни източници спрямо договора на специализацията:

- От специализанта
- От работодателя
- От държавата (за местата, финансирани от държавата)
- От европейски програми

Къде даден специализант ще проведе своето теоретично обучение зависи от това с кой университет е сключила договор *базата за (практическо) обучение*. Продължителността на теоретичното обучение се определя от **учебната програма**. Провеждането на лекционните курсове е в присъствена форма и **всеки специализант има правото на платен служебен отпуск за срока на лекционния курс (чл. 11, ал 3)**.

Част от теоретичното обучение може да се проведе и в *базата за (практическо) обучение* под формата на семинари. Контрол над теоретичното обучение се упражнява, чрез редовното провеждане на колоквиуми, които също са определени в **учебната програма**.

## 2/ Практическо обучение

Това е същинското обучение на специализанта и се провежда в т.нар. *база за обучение*, която обикновено е местоработата на специализанта (болница). **Не всяка болница е база за обучение!** Практическото обучение се провежда на пълно работно време. Ако даден модул от **учебната програма** не може да бъде проведен от базата за обучение, то тя осигурява на специализанта договори с други болници, в които този модул от практическото обучение може да бъде завършен. В тези случаи специализантът отново има право на платен отпуск.

Контролът на практическото и теоретичното обучение се осъществява от *ръководителя на специализанта* – това е лекар с минимум 5 годишен стаж по специалността. Един лекар може да бъде ръководител на максимум трима специализанти.

Трудово възнаграждение (заплата): Трудно може да се направи разлика между “практическо обучение” и “работа в болница” и затова специализантът получава заплата за извършените от него дейности по време на практическото обучение. Трудовото възнаграждение на студентите които **НЕ** са финансирани от държавата не може да бъде по-малко от минималния месечен размер на осигурителния доход за съответната икономическа дейност и квалификацион-

на група професии, определен със Закона на бюджета на държавното обществено осигуряване за съответната календарна година.

Минималния осигурителен доход за “Дейност в болници” (код 86.1) към 2021 г. е 987лв.

При добри условия от страна на работодателя специализантът получава допълнително възнаграждение от приходите на отделението или болницата от клинични пътеки.

Заплатата се осигурява от:

- Базата за обучение (работодателя) или
- От бюджета на държавата (при местата, финансирани от държавата) или
- При специални случаи – общини, европейски програми и др.

Така наречените “тристранни договори” се сключват, когато:

- Болницата не може да осигури заплата на специализанта и “трета” страна осигурява финансирането – напр. община.

В най-лошия случай болницата приема да проведе специализацията, но специализантът сам намира финанси (от родители, близки, фирми и бизнеси), които се явяват третата страна в договора и трудовото възнаграждение от страна на болницата съществува само “на хартия”.

- Болницата (работодателят) не е база за обучение и сключва договор с друга болница, която е база за обучение и която да проведе специализацията на младия лекар.

В идеалния случай работодателят се явява “трета” страна и осигурява финансите за специализацията на младия лекар. След получаване на специалност по договор лекарят е задължен да работи определен брой години по специалността си при работодателя. За съжаление има случаи, при които работодателят изисква от специализанта да работи и на двете места в хода на специализацията си.

Местата за специализация можем да разделим условно на редовни и на такива, финансирани от държавата.

Редовни места се обявяват целогодишно от базите за обучение. При тях трудовото възнаграждение се осигурява от базата. След приключване на специализацията работното място **няма ангажимент да предложи постоянен трудов договор на специалиста.**

Места, финансирани от държавата се обявяват два пъти годишно от Министерството на здравеопазването (в срок до 20 март и до 20 август). Специалностите, които се финансират, са различни всяка година и се определят прямо анализ на бъдещите нужди от определени специалности по региони и от индивидуалните нужди на отделните болници (било то бази за обучение или не). Специализантът **не е длъжен да подписва договор за работа с дадената болница след като приключи обучението си в нея.** Според обнародваните

промени в Наредба 1 (21.09.2021 г.) специализантите ще получават възнаграждение, което отговаря на **2.5 минимални заплати**. Това важи също за специализантите в спешна помощ, трансфузионните центрове и държавните психиатричните болници.

Местата за специализация се публикуват като обява на уебстраниците на болниците и задължително в *интернет портал* за местата за специализации на страницата на Министерство на здравеопазването.

Място за специализация се печели след провеждане на конкурс, който защита:

1. Средният успех от следването и от държавните изпити;
2. Оценките по учебните дисциплини, съответстващи, включващи или най-близки до специалността, за която се кандидатства;
3. Резултатът от проверка на познанията на кандидата по специалността, за която кандидатства;
4. Другите умения и компетенции, необходими за заемането на длъжността (социални, организационни, компютърни, езикови и др.).

## **2. Акредитация на лечебните заведения, в които се провеждат обучения за повишаване квалификацията на медицинския персонал**

Акредитацията на лечебните заведения е процес, насочен към осигуряване на качеството на здравните услуги, оценка на базовите възможности за обучение на студенти и специализанти, за постигане на по-добри резултати и информиране на медицинските професионалисти и гражданите, съгласно чл. 86, ал. 4 от ЗЛЗ.

Акредитацията, програмите, критериите и показателите, по които се оценяват лечебните заведения са регламентирани в Наредба № 18 от 20.06.2005 г. на МЗ за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. На акредитация подлежат всички видове лечебни заведения, определени в Закона за лечебните заведения. Тъй като акредитацията като административно-правна процедура почива на материално-правни изисквания, според вида на лечебното заведение, то е важно първо да се отделят лечебните заведения по видове. Класификацията е следната:

### **Лечебни заведения за извънболнична помощ са:**

- амбулатории за първична медицинска помощ, които могат да бъдат:
  - индивидуална практика за първична медицинска помощ;
  - групова практика за първична медицинска помощ;
- амбулатории за специализирана медицинска помощ, които могат да бъдат:
  - индивидуална практика за специализирана медицинска помощ;



- групова практика за специализирана медицинска помощ;
- медицински център и медико-дентален център;
- диагностично-консултативен център;
- самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории;
- дентални центрове.

#### **Лечебни заведения за болнична помощ са:**

- болница за активно лечение;
- болница за долекуване и продължително лечение;
- болница за рехабилитация;
- болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация.

#### **Болниците могат да бъдат многопрофилни или специализирани.**

Университетски болници са многопрофилни или специализирани болници, определени от Министерския съвет, в които се осъществяват дейности по:

- клинично обучение на студенти и докторанти по медицина, дентална медицина и фармация;
- клинично обучение по здравни грижи, както и на студенти от всички видове медицински колежи;
- следдипломно обучение на лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, специалисти по здравни грижи и лица, завършили медицински колеж.

#### **Други лечебни заведения:**

- център за спешна медицинска помощ;
- център за трансфузионна хематология;
- център за психично здраве;
- център за кожно-венерически заболявания;
- комплексен онкологичен център;
- дом за медико-социални грижи;
- хоспис;
- диализен център;
- тъканна банка.

Нормативното основание на настоящата процедура се съдържа в чл. 86 от ЗЛЗ, който установява режим на доброволна акредитация, а по изключение, за извършване на определена дейност – режим на задължителна акредитация. Критериите, показателите и методиката за акредитация се определят с наредба на министъра на здравеопазването (чл. 87, ал. 1 от ЗЛЗ). На посоченото основание е издадена Наредба № 18 от 2005 г. За критериите,

показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения (Наредба № 18).

Законът за лечебните заведения установява следните **видове акредитация**:

## **I. Доброволна и задължителна акредитация**

### **1. Доброволна акредитация**

Лечебните заведения за болнична помощ, диализните центрове, центрoвете за трансфузионна хематология, центрoвете за спешна медицинска помощ, центрoвете за психично здраве, центрoвете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико–социални грижи, медико-диагностичните и медико-техническите лаборатории, медицинските центрове, денталните центрове, медико-денталните центрове и диагностично-консултативните центрове и тъканните банки подлежат на доброволна акредитация за:

- а) цялостната медицинска дейност на лечебното заведение;
- б) отделните медицински дейности;
- в) възможностите за обучение на студенти и специализанти (чл. 86, ал. 1 от ЗЛЗ).

На доброволна акредитация подлежат и лечебните заведения извън посочените в чл.

86, ал. 1 от ЗЛЗ, но само за оценка на базовите им възможности за обучение на студенти и специализанти и лекари за целите на продължаващото медицинско обучение (чл. 86, ал. 3 от ЗЛЗ).

Лечебни заведения извън посочените в чл. 86, ал. 1 от ЗЛЗ са:

- амбулаториите за първична медицинска помощ (индивидуалните практики за първична медицинска помощ; груповите практики за първична медицинска помощ);
- амбулаториите за специализирана медицинска помощ (индивидуалните практики за специализирана медицинска помощ; груповите практики за специализирана медицинска помощ) (чл. 8, ал. 1, т. 1 и т. 2, б. „а“ и б. „б“ от ЗЛЗ);
- хосписите (чл. 10, т. 5 от ЗЛЗ).

### **2. Задължителна акредитация**

На задължителна акредитация подлежат лечебните заведения – лечебните заведения за болнична помощ, диализните центрове, центрoвете за трансфузионна хематология, центрoвете за спешна медицинска помощ, центрoвете за психично здраве, центрoвете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико–социални грижи, медико–диагностичните и медико–техническите лаборатории, медицинските центрове, денталните центрове, медико–денталните центрове и диагностично-консул-

тативните центрове и тъканните банки – които искат да провеждат обучение на студенти и специализанти. Посочените лечебни заведения задължително се акредитират за следните дейности:

- а) цялостната медицинска дейност на лечебното заведение;
- б) отделните медицински дейности;
- в) възможностите за обучение на студенти и специализанти (чл. 86, ал. 2 от ЗЛЗ).

## **II. Първоначална и последваща акредитация**

Акредитацията е първоначална или последваща и се осъществява при условията и по реда, определени с наредбата по чл. 87, ал. 1 от ЗЛЗ (чл. 88, ал. 1 от ЗЛЗ). Първоначална акредитация се извършва на лечебни заведения или структури, които са осъществявали дейност по-малко от една година, съответно по-малко от 6 месеца. Всяка следваща акредитация е последваща и се извършва след изтичане на срока на присъдената акредитационна оценка или при промяна на получената акредитационна оценка, по искане на лечебното заведение.

Първоначална акредитация не се извършва на центрoвете и отделенията за трансфузионна хематология, центрoвете за спешна медицинска помощ, центрoвете за психично здраве, центрoвете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрoве, домовете за медико–социални грижи за деца и тъканните банки (чл. 88, ал. 2 и 3 от ЗЛЗ, чл. 3, ал. 1, 2, 3 и 6 от Наредба № 18).

## **Орган по акредитация**

Акредитацията се осъществява от **Акредитационен съвет**, който е специализиран орган по акредитация към министъра на здравеопазването. Акредитационният съвет се състои от 13 членове, в т. ч. председател и заместник–председател. В състава на Акредитационният съвет се включват 5 представители на МЗ, двама представители на НЗОК, трима представители на БЛС и по един представител на БСС, БАПЗГ и на представителните организации за защита правата на пациентите.

Акредитационният съвет се създава със заповед на министъра на здравеопазването. За председател на Акредитационния съвет се определя представител на Министерството на здравеопазването, а за заместник–председател – представител на Българския лекарски съюз (чл. 88а, ал. 1, 2, 3, 9 и 10 от ЗЛЗ).

Съгласно чл. 23, ал. 1 от Наредба № 18 акредитацията може да се провежда в следния обем:

1. едновременно оценяване на цялостната медицинска дейност, на отделните медицински и други дейности и на обучението на студенти и специализанти;

2. самостоятелно оценяване на:
  - а) цялостната медицинска дейност;
  - б) отделните медицински и други дейности;
  - в) обучението на студенти и специализанти.

Принципът, установен в чл. 23, ал. 5 от Наредба № 18, е, че самостоятелно оценяване на отделни медицински и други дейности и самостоятелно оценяване на обучението на студенти и специализанти се извършва само в случай, че е извършено оценяване за цялостна медицинска дейност.

В зависимост от обема на акредитацията се различават следните **акредитационни процедури**:

1. процедура по оценяване на цялостната медицинска дейност, на отделните медицински и други дейности и на обучението на студенти и специализанти;
2. процедура по оценяване на цялостната медицинска дейност;
3. процедура по оценяване на отделните медицински и други дейности;
4. процедура по оценяване на обучението на студенти и специализанти.

Акредитацията е административно производство, чрез което се извършва оценка на качеството на услугата.

Акредитационна оценка на лечебни заведения: <https://www.mh.government.bg>;

Акредитация в здравеопазването: <http://bsunivers.com>;

## **ВТОРА ГЛАВА. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ПАРТНЬОРСТВОТО МЕЖДУ МБАЛ „ИВАН СКЕНДЕРОВ“ И ОБЩИНА ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ ЗА ПОВИШАВАНЕ КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ**

### **1. Структурни звена на МБАЛ „Иван Скендеров“**

МБАЛ „ИВАН СКЕНДЕРОВ“ ЕООД гр. Гоце Делчев е модерно здравно заведение, което предлага квалифицирана болнична, диагностична, лечебна и рехабилитационна помощ на нуждаещите се от активно лечение. Болницата разполага със 155 легла, разпределени в 11 отделения. За ефективността на лечението и възстановяването на пациентите работи и приемно-консултативен кабинет, медико-диагностична лаборатория и отделения без легла, обособени в диагностично-консултативен блок. Осигурена е модерна апаратура за прецизна диагностична и лечебна дейност. Висококвалифицираният медицински персонал с човещина прилага обичайните и най-новите технологии в болничната дейност и успешно работи за по-доброто качество на живот на своите пациенти. Пациентите се настаняват в удобни болнични стаи, всяка от тях

с телевизор. МБАЛ „Иван Скендеров“ ЕООД работи по договор с Районната здравноосигурителна каса гр. Благоевград.



МБАЛ „Иван Скендеров“ ЕООД обслужва населението на общините Гоце Делчев, Сатовча, Гърмен, Хаджидимово, а от скоро и община Доспат (област Смолян).



Фиг. 1. Общини Гоце Делчев, Гърмен, Сатовча, Хаджидимово, обслужвани от МБАЛ „Иван Скендеров“



**Фиг. 2.** Община Доспат, област Смолян, обслужвана от МБАЛ „Иван Скендеров“  
МБАЛ „Иван Скендеров“ ЕООД разполага с две болнични сгради и една административна. В структурата ѝ са включени следните отделения:

- Реанимация;
- АГ, Неонатология;
- Хирургия;
- Травматология;
- Неврология;
- Вътрешни болести;
- Детско отделение;
- Инфекциозно;
- Нефрология;
- Център за хемодиализа;
- Клинична лаборатория;
- Микробиологична лаборатория;
- Рентгенология.

Обслужващият персонал е, както следва:

- Лекарите – 47
- медицински сестри – 104
- лаборанти – 15
- друг персонал – 90

Таблица 1. Отделения и персонал (брой хора)

Отделения	Лекари	Медиц. сестри и акушерки	Лаборанти	Друг персонал
1. Вътрешно отделение	4	10	0	4
2. Сектор кардиология	4	10	0	2
3. Хирургия	3	9	0	3
4. Ортопедия	4	7	0	4
5. Неврология	2	7	0	4
6. Детско отделение	4	10	0	3
7. Анестезиология и интензивно лечение	4	8	0	6
8. Акушерство и гинекология	5	10	0	5
9. Сектор неонатология	1	4	0	1
10. Отделение по хемодиализа	2	6	0	4
11. Инфекциозно отделение	4	10	0	4
12. Отделение по физиотерапия	2	6	0	9
13. Отделение по образна диагностика	2	0	5	4
14. Клинична лаборатория	2	0	5	2
15. Микробиологична лаборатория	2	0	5	2

**Източник:** справка на МБАЛ „Иван Скендеров“ за работещите в съответните отделения за месец февруари.

От таблицата се вижда, че най-малко лекари работят в отделенията по: неврология, неонатология, хемодиализа, клинична лаборатория и микробиологична лаборатория.

### **КОНСУЛТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕН БЛОК:**

**В него работят 6 лекари, 10 лаборанта и 5 сестри.**

Консултативно-диагностичният блок на МБАЛ „Иван Скендеров“ ЕООД разчита на приемно-консултативен кабинет, звено за кръв и кръвни продукти, отделение за образна диагностика и лаборатории – клинична и микробиологична.

### **Приемно-консултативен кабинет**

Регулира движението на пациентите и ги подготвя за амбулаторно-поли-клиничния прием. Обработка документацията и следи движението ѝ, има грижа за картотеката и заверката на документите, необходими на болните.

### **Клинична лаборатория**

В клиничната лаборатория има 24 часово дежурство и се поддържат голям брой спешни показатели. Оборудването е автоматично. Работата ѝ е изцяло съобразена с Националния стандарт по Клинична лаборатория.

### **Микробиологична лаборатория**

Извършват се всички необходими изследвания и е в постоянна връзка с болничния епидемиолог, НЦЗПБ, РИОКОЗ.

### **ВЪТРЕШНО ОТДЕЛЕНИЕ:**

Персоналът е представен от: 4 лекари, 10 медицински сестри и 4 санитарни.

Предоставя многопрофилна и висококвалифицирана терапевтична помощ при остри и обострени хронични заболявания – ендокринологични, хематологични, бъбречни, заболявания на дихателната система, комбинирани заболявания и неясни интердисциплинарни заболявания.

В отделението освен интензивно наблюдение може да се осъществи и прецизна ултразвукова диагностика на щитовидна жлеза и коремни органи. Има 24 часа дежурен лекар. При необходимост се извършват консултации със специалисти от други профили и с националните консултанти.

Отделението разполага с достатъчна материална база за цялостно разгръщане на диагностична и терапевтична дейност по профила си, собствена апаратура и апаратура на разположение с възможност за ползване при необходимост за всеки пациент: електрокардиография; съвременна стрес-тест система с протекция на дефибрилатор; доплер; фиброгастроскопия.

### **Сектор Кардиология**

Персонал: 4 лекари, 10 медицински сестри и 2 санитарни.

Активно лечение на всички сърдечно-съдови заболявания. Интензивно лечение на остри и критични сърдечно-съдови заболявания. Съвременно мониториране на всички жизнено важни функции. Селекция и насочване на подходящи болни за инвазивна кардиология и кардиохирургия.

### **ХИРУРГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ**

Персонал: 3 лекари, 8 медицински сестри и 3 санитарни.

Първични, вторични и консултативни прегледи. Оперативно лечение на дефекти на коремните органи /всички видове хернии/, мекотъканни и неврохирургични травми и гнойно-септични заболявания.

В отделението се лекуват болни с остри и хронични венозни и артериални заболявания на крайниците, както и съдовите усложнения на диабета – диабетно стъпало.



## **ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ**

Персонал: 4 лекари, 8 медицински сестри и 4 санитарни.

Травматологична хирургия – кръвни репозиции, адаптационни остеосинтези, винтови остеосинтези, остеосинтези с плаки, интрамедуларни остеосинтези с и без бориране на костно-мозъчния канал, значителен опит с външна фиксация на всички тръбести кости.

Травматологичната хирургия включва и сухожилна, и периферна нервна хирургия. Много често интервенциите са съчетани със свободна и несвободна кожна и мекотъканна пластика, свободна и несвободна остеопластика, оформяне на ампутации и реампутации на различни нива.

Значителен обем от дейността на отделението обхващат закритите репозиции на фрактури и луксации, с адекватна техника на гипсова имобилизация.

## **НЕВРОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ**

Персонал: 2 лекари, 9 медицински сестри и 4 санитарни.

- Първични и вторични неврологични прегледи;
- Решаване на трудово-експертни проблеми;
- Диагностика, лечение и качествени грижи от медицинските специалисти на заболявания на централната и периферната нервна система;
- Спешна хоспитализация и интензивна терапия за болни с остро разстройство на мозъчното ороявяване.
- В отделението се приемат пациенти по спешност 24 часа в денонощието.

## **ДЕТСКО ОТДЕЛЕНИЕ**

Персонал: 4 лекари, 8 медицински сестри и 3 санитарни.

Диагностично уточняване и активно лечение на заболявания от всички профили на педиатрията на деца от 0 до 18 години. Осъществяване на експертиза в рамките на РЕЛКК на деца с хронични заболявания.

Отделението разполага с кардиомонитори, инфузионни помпи, инхалатори. Очаква се доставка на ехограф и нов персонален монитор с пулсоксиметър.

Осигурен е денонощен прием на деца в стационара (планов и по спешност).

## **ОТДЕЛЕНИЕ ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ**

Персонал – 4 лекари, 8 медицински сестри, 6 санитарни.

Съхраняване здравето и живота на пациентите чрез диагностика и адекватно лечение. Осъществяване на планова и спешна консултативна и реанимационна помощ на пациенти във всички отделения на болницата и Спешна помощ. Отделението гарантира денонощна безотказна планова и спешна анестезиологична помощ на всички нуждаещи се пациенти от област Благоевград. Осъществява предоперативна анестезиологична консултация на пациенти

подлежащи на оперативно лечение. Приемат се и лекуват пациенти, които се нуждаят от възстановяване, поддържане и проследяване в динамика на основните жизнени функции в организма, поради непосредствена заплаха за техния живот. На тях им се осигурява денонощно наблюдение, при което се използва специална медицинска апаратура за мониториране и дихателна реанимация.

## **АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ**

Персонал: 5 лекари, 10 акушерки, 6 санитарни.

### **Родилна зала**

Създадени са отлични условия за първи грижи за новороденото (реанимационна система, която осигурява аспирация, подаване на овлажен кислород, директна топлина, интубация на новороденото при необходимост). С два топографски монитора се контролират родовата дейност и сърдечната честота. Раждането се стимулира с перфузор.

### **Патологична бременност**

Разполага с апарат за ултразвуково изследване и кардиотокограф.

### **Сектор Гинекология**

Диагностика и терапия на възпалителни заболявания, диагностика и оперативно лечение на предракови заболявания, доброкачествени новообразувания и други болести на женските полови органи, прекъсване на бременност по желание и по медицински показания.

### **Сектор Неонатология- персонал: 1 лекар и 6 акушерки.**

Осигуряване на адекватна кардиопулмонална адаптация на новороденото дете, своевременна първична помощ на рисковото новородените деца, ранна и висококвалифицирана диагностика на нозологичните категории, адекватно специфично терапевтично поведение, проследяване ефекта от приложеното лечение, ефективна профилактика и оценка на степента на късните последици.

### **Неонатален слухов скрининг**

МБАЛ “Иван Скендеров“ ЕООД гр. Гоце Делчев има сключен договор с Министерство на здравеопазването за изпълнение на дейности по Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014- 2020г. Дейността по програмата е за изследване на слуха на всички новородени деца (родени в лечебното заведение) с апарат за отоакустични емисии (универсален неонатален слухов скрининг). Слуховият скрининг се извършва от лекар специалист /педиатър/ и от акушерка или специалист по здравни грижи в присъствието на лекар специалист/педиатър/. Изследването се извършва в присъствието на майката. При невъзможност да се осигури присъствието и по обективни при-

чини, изследването се извършва в присъствието на бащата, настойник или близък роднина.

### **ОТДЕЛЕНИЕ ПО ХЕМОДИАЛИЗА**

Персонал: 2 лекари, 6 медицински сестри, 4 санитарни.

Програмно хемодиализно лечение на пациенти с ХБН, ОБН и интоксикации;

Поставяне на временен съдов достъп за хемодиализа;

Амбулаторно лечение на пациенти в преддиализен и диализен стадий с еритропоедин и желязо;

Амбулаторно лечение на реналната остеодинтрофия на преддиализни и диализни пациенти;

Обучение на пациенти на постоянна амбулаторна перитонеална диализа;

Консултативна нефрологична помощ.

Центърът разполага с модерна апаратура за подготовка на питейната вода чрез обратна осмоза за нуждите на хемодиализната процедура. Възможности за индивидуализиране на бикарбонатна хемодиализа: избор на хемодиализатор; индивидуален профил на ултрафилтрация и натриев градинент по време на хемодиализата.

### **ИНФЕКЦИОЗНО ОТДЕЛЕНИЕ**

Персонал: 4 лекари, 10 медицински сестри, 6 санитарни.

Основните задачи на Инфекционно отделение са лечебно-динагностични, противоепидемични и профилактични.

В амбулаторно-консултативния кабинет се извършват първични консултативни прегледи, прием на болни, вторични прегледи и се провежда противовобясна имунизация. В стационара се хоспитализират всички инфекционно болни, подлежащи на задължителна болнична изолация и лечение.

Извършват се микробиологични изследвания на чревните заболявания и серологични изследвания.

Инфекционно-консултативния кабинет работи през цялата седмица. Лекарите в отделението осигуряват целодневни дежурства. През останалото време има инфекционист на разположение. Винаги е възможна връзка с Началника на отделението.

### **ОТДЕЛЕНИЕ ПО ФИЗИОТЕРАПИЯ**

Персонал: 2 лекари, 6 медицински сестри, 5 рехабилитатори, 4 санитарни.

МБАЛ Иван Скендеров разполага с модерно оборудвано отделение по физиотерапия. Тук нашите пациенти ще открият добре подготвени специалисти и ще получат адекватна терапия на своите заболявания.

## ОТДЕЛЕНИЕ ПО ОБРАЗНА ДИАГНОСТИКА

Персонал: 2 лекари, 5 лаборанта, 4 санитарни.

В отделението по образна диагностика на МБАЛ Иван Скендеров работят добре обучени специалисти с богат опит. Отделението разполага с модерна апаратура позволяваща извършването на прецизни изследвания.

### **Липсата на млади лекари е основният проблем на болницата в Гоце Делчев**

Болницата получава 144 000 лева допълнително финансиране. Парите се отпускат от здравното министерство, заради това, че лечебното заведение е в отдалечен и трудно достъпен район. От ръководството казаха, че сумата ще се използва за покриване на текущите разходи, закупуване на медикаменти и консумативи. Категорични са обаче, че липсата на кадри, а не на финансиране е основният проблем пред болницата. Болница “Иван Скендеров” в Гоце Делчев е най-голямата в региона. Около 70 000 души от 5 общини се лекуват в нея годишно. В близките 2-3 години голяма част от специалистите, които работят там, ще се пенсионираат, а има и такива, които вече са пенсионери, но продължават да работят там. Затова според директора на лечебното заведение основният проблем, пред който е изправено ръководството, е липсата на млади лекари.

Начинът на специализация, който е въведен със задължително условие младите специализиращи колеги да бъдат на работа в университетски болници, акредитирани за обучение, създава допълнително затруднение да идват млади кадри в общинските болници.

### **2. Политика на община Гоце Делчев в сферата на здравеопазването**

Здравеопазването в общината е осигурено от добре развита мрежа на болнична и доболнична помощ. Болничната помощ е представена от МБАЛ „Иван Скендеров“. Тя изпълнява надобщински функции и обслужва населението на съседните 4 общини- Сатовча, Гърмен, Хаджидимово, а също така и община Доспат, област Смолян. Доболничното обслужване се осъществява от 27 лекарски практики, от които 21 в града и 6 в селата, 22 стоматологични практики, 1 общински, 1 частен медицински център, както и частна хирургична клиника (СХБАЛ).

#### **Медицински центрове:**

- **център за спешна медицинска помощ** – центърът обслужва населението от общините- Гоце Делчев, Гърмен, Сатовча и Хаджидимово;
- **медицински център 1** – осъществява доболничната специализирана помощ на населението от четирите общини;
- **медицински център „Неврокоп“.**

От 2014 г. в общината е създаден специален фонд за подпомагане на специализанти, които след това имат ангажимента да работят в МБАЛ „Иван Скендеров“. Към момента лекарите специализанти, подпомогнати по тази програма са 22-ма. Целта на общината е да обезпечи по този начин кадрово болницата, в която се лекуват хора не само от община Гоце Делчев, но и от общините: Гърмен, Сатовча, Хаджидимово, а от скоро и община Доспат (област Смолян). Лекарите специализанти са подпомогнати с по две минимални заплати всеки месец плюс месечната такса за обучение в размер от 126 лв. месечно за болницата, в която специализират. Преди няколко години ръководството на община Гоце Делчев с подкрепата на Общинския съвет, взе решение да осигурява средства за издръжка на млади лекари, които предстои да вземат специалност, като те се задължават след това да работят минимум 5 години в болницата в Гоце Делчев. Освен това, общината оказва пълно съдействие на лекари не само от района, но и от цялата страна, които вече са придобили специалност, но не разполагат със собствено жилище в Гоце Делчев. Ако те постъпят на работа в МБАЛ „Иван Скендеров“, общината им оказва помощ за придобиване или осигурява терен за построяване на жилище.

Интересът към тази програма на община Гоце Делчев става все по-голям не само от страна на млади лекари, но и от други общини в страната, които я ползват като добър пример за привличане на кадри. През 2019-та година в общинския бюджет на Гоце Делчев са осигурени 123 000 лв. за реализиране на тази програма, с която се подпомага специализацията на млади лекари. Програмата за подпомагане на студенти по медицина е в ход от 8 години. Идеята е младите медици да станат част от екипа на болницата в Гоце Делчев, когато завършат. В началото фондът стартира с ресурс от 10 000 лв., за да стигне нивата от 240 000 лв. в момента. С парите се покриват таксите за специализация и на младите лекари се плаща заплата. Срещу това те сключват договор с общината да работят минимум 5 години в болницата в Гоце Делчев.

**Таблица 2.** Фонд за специализанти към МБАЛ “Иван Скендеров

Година	Бюджет
2014 г.	20 000 лв.
2015 г.	140 000 лв.
2016 г.	40 000 лв.
2017 г.	80 000 лв.
2018 г.	120 000 лв.
2019 г.	123 000 лв.

**Източник:** Разходи за общински дейности на община Гоце Делчев

Изводите, които можем да направим от информацията в таблица 2 са следните: през 2014 г. бюджетът е най-малък (20 000 лв.); през 2016 г. е размер от 40

000 лв.; през 2017 г. е 80 000 лв. Най-рязък скок има между 2014-2015 г. съответно от 20 000 на 140 000 лв.

### 3. Анализ и оценка на програмата за специализация

#### Проблемни места

- кандидатстване на проектен принцип за допълнително финансиране;
- недостатъчна финансова подкрепа на специализантите;
- неефективно управление на здравните грижи;
- липса на стимули и изисквания към лечебното заведение по отношение проектния мениджмънт в практиката;

В **таблица 3** и **таблица 4** са представени броя на лекарите, които специализират по програмата на община Гоце Делчев със съответните специалности. Петима от лекарите вече имат придобита специалност и работят в съответните отделения в болница МБАЛ „Иван Скендеров“ ЕООД. Останалите 17 лекари, започнали специализация по тази програма следва до 2025 г. също да станат специалисти и да започнат работа в общинската болница. Сред избраните специалности са:

**Таблица 3.** Специалности и брой лекари/специализанти

Специалност	Лекари
Педиатрия	4
Акушерство и гинекология	3
Кардиология	3
Ендокринология	2
Пневмология и фтизиатрия	2
Ортопедия и травматология	2
Нефрология	1
Образна диагностика	1
Гастроентерология	1
Неврология	1
Инфекциозни болести	1
Физикална и рехабилитационна медицина	1

**Източник:** Справка на общински съвет гр. Гоце Делчев

От **таблица 3** се вижда, че най-желани специалности от лекарите/специализанти са: педиатрия – 4 лекари, акушерство и гинекология – 3 лекари, кардиология – 3 лекари. Следвани от ендокринология, пневмология и фтизиатрия и ортопедия и травматология- по 2-ма лекари. Най-малък е интересът към специалностите: нефрология, неврология, гастроентерология, инфекциозни болести, образна диагностика и физикална и рехабилитационна медицина.

Към днешна дата е нулев интересът към специалностите:

- Неонатология
- Анестезиология и интензивно лечение
- Хематология

**Таблица 4.** Специалности и лекари специалисти/специализанти

Специалност	Специалисти//специализанти Къде работят/край на обучението
Ендокринология	Със специалност, работи във ВО
Акушерство и гинекология	Със специалност, работи в АГО
Педиатрия	Със специалност, работи в ДО
Акушерство и гинекология	Със специалност, работи в АГО
Пневмология и фтизиатрия	Със специалност, работи в ИО
Педиатрия	Специализант, ще се явява месец май 2022 г. за специалност
Педиатрия	Специализант, ще се явява месец май 2022 г. за специалност
Педиатрия	Специализант, в отпуск по майчинство
Нефрология	Специализант до месец май 2022 г.
Акушерство и гинекология	Специализант до месец юли 2022 г.
Ортопедия и травматология	Специализант до месец януари 2023г.
Образна диагностика	Специализант до месец януари 2023г.
Пневмология и фтизиатрия	Специализант до месец януари 2023г.
Гастроентерология	Специализант до месец март 2023 г.
Ендокринология	Специализант до месец април 2023г.
Неврология	Специализант до месец март 2023 г.
Кардиология	Специализант до месец декември 2023 г.
Кардиология	Специализант до месец март 2024 г.
Ортопедия и травматология	Специализант до месец март 2024 г.
Инфекциозни болести	Специализант до месец март 2024 г.
Физикална и рехабилитационна медицина	Специализант до месец май 2025 г.
Кардиология	Специализант до месец май 2025 г.

**Източник:** справка за завършили и продължаващи договори за обучение на специализанти към месец февруари 2022 г. (Общински съвет гр. Гоце Делчев).

**От информацията предоставена в таблица 4 могат да се направят следните изводи:** от началото на програмата за специализация, която датира от 2014 г. до момента петима лекари са придобили специалност и са започнали работа в съответните отделения към МБАЛ „Иван Скендеров“ ЕООД гр. Гоце Делчев. Те са специалисти по:

- Ендокринология – 1 лекар, който работи във ВО;

- Акушерство и гинекология – 2-ма лекари, които работят в отделението по АГ;
- Педиатрия – 1 лекар, който работи в ДО;
- Пневмология и фтизиатрия – 1 лекар, който работи в ИО.

Останалите 17 лекари/специализанти до 2025 г. също ще придобият специалност и следва да започнат работа в МБАЛ „Иван Скендеров“, където имат подписан договор за срок от 5 години.

**Основен извод**, който можем да направим за програмата от така представените данни, е че към момента тя работи много добре и дава положителни резултати, но в никакъв случай не е достатъчна. Трябва да се мисли в посока допълнително финансиране, гласуване на по-голям бюджет и привличане на кадри към звената и отделенията, където се усеща най-много липсата им.

## ТРЕТА ГЛАВА. НАСОКИ И ПРЕПОРЪКИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ПРОГРАМАТА ЗА СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ

### 1. Общи насоки

#### Подбор на персонала:

- планиране на персонала
- разработка на критерии, по които се назначава персонала
- провеждане на конкурси, интервю, събеседване или анкетна карта при назначаване на персонал за длъжностите, които не изискват провеждане на конкурс.

За да могат да се планират нуждите от персонал във всяко звено на болницата, е необходимо да се направи разчет за натовареността и да се отчетат всички дейности и необходимия персонал – сестри, санитарни, акушерки, лекари. Това е т.нар. хронометраж на работното време. Изготвя се от всяка старша сестра и се одобрява от главната сестра.

**Обучение на персонала:** Обучението на персонала се разглежда като вид стимул за работещите. Непрекъснатото обучение започва от постъпването на работа и продължава през целия трудов стаж.

#### Непрекъснат контрол и оценка на показателите за ефективност на здравните грижи

Анализ на трудовата заетост на персонала и преразпределянето му при необходимост. Създаване на организация за изработването на работни графици за непрекъснатост на здравните грижи. Контрол върху спазването на работните графици.



### **Въвеждане на система за анализ на трудовата заетост на персонала**

Строг контрол върху спазването на трудовата дисциплина и морално-етичните норми от професионалистите по здравни грижи и помощния персонал.

**Изготвяне на протоколи** – образци за хигиенното състояние на звената в болницата, за лечебното хранене и диетичния режим, за качеството на получените здравни грижи.

Проучване **удовлетвореността на пациентите** от качеството на здравните грижи чрез провеждане на анкети по време на лечението им и след изписването им. Изготвяне на програми за обучение на пациентите и техните близки за подобряване на информираността им относно заболяването и тяхното по-нататъшно поведение.

### **Управление на ефективността на здравните грижи.**

За да бъдат постигнати качествени и ефективни здравни грижи, те трябва да се управляват адекватно. Критериите за оценка и контрол на качеството могат да бъдат: професионални умения, лични качества, комуникативност, технически и педагогически умения и др. Ефективността на здравните грижи се оценява по следните критерии: безопасност, достъпност, адекватност, удовлетвореност на пациента, икономическа и социална ефективност.

За да разчитаме на качествени здравни грижи, те трябва периодично да бъдат наблюдавани и оценявани.

## **2. Препоръки и предложения за подобряване на програмата:**

- **Мотивиране на специалистите.** Мотивацията се развива в две насоки: чрез финансово стимулиране и чрез подсигуряване на условия за професионално израстване и признание от страна на ръководството на болницата. Силно мотивиращ фактор е и определената автономност. Има специфични дейности извършвани само от лекарите специалисти;
- **Насърчаване на младите лекари** да избират специалности, където специалистите са изключително малко, което затруднява работата в съответните отделения. Например към днешна дата в неонатологичния сектор на МБАЛ „Иван Скендеров“ работи само 1 лекар-неонатолог, което от една страна затруднява работата на акушер-гинеколозите и от друга страна води до натоварване на средния персонал (акушерки), тъй като често се налага да остават без лекар на смяна. Това води до повишаване на техните задължения и отговорност. Често се налага да превеждат бебета в тежко състояние до други лечебни заведения. Болницата има нужда също така от специалисти по: Анестезиология и интензивно лечение, Урология, Нефрология, Неврология.
- **Модернизация и подобряване на материално-техническата база в лечебното заведение,** което е важен фактор за повишаване интересът на

младите лекари към съответната база, където след придобиване на специалност ще могат спокойно да работят и да споделят опита и уменията;

- **Стимули и изисквания** насочени към лечебното заведение по отношение проектния мениджмънт в практиката;
- **Ефективно управление** на здравните грижи в лечебното заведение

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването се извършва по условията и реда на Наредба № 1/ 22.01.2015г. на МЗ. То се извършва съобразно утвърдена учебна програма от министъра на здравеопазването. Специалност в системата на здравеопазването се придобива след изпълнение на учебната програма и успешно положен практически и теоретичен изпит пред държавна изпитна комисия, определена със заповед на министъра на здравеопазването. Обучението за придобиване на специалност и повишаване на квалификацията става в акредитирани за тази цел лечебни заведения. Акредитацията на лечебните заведения е процес, насочен към осигуряване на качеството на здравните услуги, оценка на базовите възможности за обучение на студенти и специализанти, за постигане на по-добри резултати и информиране на медицинските професионалисти и гражданите.

Сериозна необходимост в община Гоце Делчев има от лекари, независимо от тяхната специалност. Поради това вече няколко години общинското ръководство полага усилия да привлече и задържи млади лекари в многопрофилната болница „Иван Скендеров“, която обслужва пет общини – Гоце Делчев, Гърмен, Сатовча, Хаджидимово и община Доспат, област Смолян.

МБАЛ „Иван Скендеров“ ЕООД разполага с две болнични сгради и една административна. В структурата ѝ са включени 11 отделения.

Обслужващият персонал е, както следва:

- лекари – 47
- медицински сестри -104
- лаборанти – 15
- друг персонал – 90

Най-малко лекари работят в отделенията по: неврология, неонатология, хемодиализа, клинична лаборатория и микробиологична лаборатория.

Програмата на община Гоце Делчев за стимулиране на младите лекари, които предстои да вземат специалност и след това да започнат работа в МБАЛ „Иван Скендеров“ Гоце Делчев вече има сериозни резултати. Петима млади лекари-специалисти са привлечени и вече работят в гоцеделчевската болница. Трима от тях са започнали работа в края на миналата година. Те са: специалист по педиатрия, който работи в детско отделение на болницата; специалист по ендокринология – във вътрешно отделение и специалист по акушерство и гинекология, който работи в АГ-отделението на МБАЛ „Иван Скендеров“.

Още двама млади специалисти са започнали работа в здравното заведение. Единият от младите лекари е специалист по кардиология и той работи във Вътрешно отделение. Втория лекар е акушер-гинеколог и е част от АГ-отделението на болницата в Гоце Делчев. Останалите 17 лекари/специализанти до 2025 г. също ще придобият специалност и следва да започнат работа в МБАЛ „Иван Скендеров“, където имат подписан договор за срок от 5 години.

Община Гоце Делчев е декларирала неведнъж, че поема битовото обезпечаване, както и квалификацията и специализацията на лекари, които подписват 5 годишен договор за работа в МБАЛ „Иван Скендеров“. На тези лекари, които не са от района, но имат желанието да работят в болничната или доболничната помощ в Гоце Делчев, общината предоставя жилище или парцел за строителство. Интересът към тази програма на община Гоце Делчев става все по-голям не само от страна на млади лекари, но и от други общини в страната, които я ползват като добър пример за привличане на кадри.

Обобщение на основните насоки и препоръки за подобряване програмата за специализация:

- подбор на персонала
- обучение на персонала
- оценка на показателите за ефективност на здравните грижи
- анализ на трудовата заетост на персонала
- мотивиране на специализантите
- насърчаване на лекарите
- модернизация и подобряване на материално-техническата база в лечебното заведение.

**Основен извод**, който можем да направим за програмата от така представените данни, е че към момента тя работи много добре и дава положителни резултати, но в никакъв случай не е достатъчна. Трябва да се мисли в посока допълнително финансиране, гласуване на по-голям бюджет и привличане на кадри към звената и отделенията, където се усеща най-много тяхната липса.

### **Използвана литература:**

1. Попова-Юрукова, К., Здравни проекти, София, 1998 г.
2. Попова, С., Управление на здравни грижи, Филвет, София 2007 г.
3. Стайков, П., Разработване и управление на проекти, Фараго, София 2011г.
4. Костадинова, Т., Управление на проекти, Варна, 2015 г.

### **Интернет източници:**

5. Наредба № 1 от 22/01/2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването- <https://mu-sofia.bg;> (посетен на 12/02/2022 г.)
6. Лекари на изчезване- <https://www.bia-bg.com;> (посетен на 12/02/2022 г.)

7. Акредитационна оценка на лечебни заведения: <https://www.mh.government.bg>; (посетен на 20/02/2022 г.)
8. Акредитация в здравеопазването- <http://bsunivers.com>; (посетен на 20/02/2022 г.)
9. МБАЛ „Иван Скендеров“ – <http://mbal-gocedelchev.com>; (посетен на 26/02/2022 г.)
10. Община Гоце Делчев- здравеопазване- <https://www.gotsedelchev.bg> (посетен на 05/03/2022 г.)
11. Община Гоце Делчев – бюджет 2014-2020 г.- <https://www.gotsedelchev.bg> (посетен на 05/03/2022 г.)

## IMPROVING THE QUALIFICATIONS OF MEDICAL STAFF THROUGH TRAINING (PARTNERSHIP BETWEEN „IVAN SKENDEROV“ HOSPITAL AND GOTSE DELCHEV MUNICIPALITY)

**Abstract:** Decentralisation in management requires a total change in the objectives, methods, organisation of work, motivation, culture and values of healthcare workers. There is a constant need to improve the qualifications of medical staff. In today's environment, there are opportunities to do this in partnership. In this case, the partnership (interacting units) is between the Hospital „Ivan Skenderov“ and the municipality of Gotse Delchev. On the proposal of the mayor of the municipality and after consideration by the Health Committee and a decision of the Municipal Council, a programme has been established to support doctors (postgraduate students) for their continuing training, who after acquiring a specialty have the commitment to work in the hospital for a period of 5 years.

**Keywords:** medical staff, qualifications, partnership with the municipality

# МАРКЕТИНГОВА СТРАТЕГИЯ НА ЦЕНТЪР ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА

---

Тодор ШамоВ<sup>1</sup>

*Научен ръководител: доц. д-р Александър Вълков*

*Рецензент: гл. ас. д-р Ралица Велева*

**Резюме:** Хроничната болка е проблем на съвременното общество и е значително бреме свързано с намалена производителност на труда, увеличаване на разходите на публични средства и е товар за социалните и здравно-осигурителните системи на развитите държави. Интервенционното лечение на болката е сравнително нова интердисциплинарна, хибридна медицинска специалност, която възниква през последните 20 години.

Към настоящия момент в страната не съществува самостоятелен център за интервенционално лечение на болката. През 2018 г. беше стартиран проект за създаване на център за интервенционално лечение на болката към едно от частните лечебни заведения на територията на София. В проекта бяха ангажирани специалисти по неврохирургия, анестезиология и реанимация, рехабилитация, мениджъри и вносители на медицинска апаратура. Основната идея беше да се обедини работата на лекари с интерес в тази област, частно лечебно заведение и вносители на медицинска апаратура. Крайната цел беше заемането на тази нова за страната пазарна ниша и да бъдат удовлетворени потребностите на пациентите чрез представянето на тази нова за страната здравна услуга.

**Ключови думи:** лечение на болката, център за лечение на болката, маркетинг

---

<sup>1</sup> Тодор ШамоВ (shamov@abv.bg) придобива специалност Неврохирургия през 2003 г., през 2011 защитава докторат и от 2017 г. е доцент към Клиниката по неврохирургия във ВМА, София. Преминал е множество квалификационни курсове и кратки специализации в Австрия, Норвегия, Франция, Гърция, Турция, Дубай и Кувейт. През 2016 г. му е присъдена Европейска диплома по гръбнак. Има публикации в САЩ, Европа, Турция и Саудитска Арабия. Член на Българско дружество по неврохирургия, членувал е в Кувейтски клон на неврохирургично дружество Уолтър Денди, Европейско дружество по неврохирургия и Малтийска медицинска асоциация. Към момента доц. д-р ШамоВ преглежда и извършва манипулации и процедури в ДКЦ „Неоคลินิก.

*Резултатите се постигат като се изследват възможности,  
не като се решават проблеми.  
Питър Дракър*

## **1. ХРОНИЧНАТА БОЛКА КАТО СОЦИАЛЕН И ИКОНОМИЧЕСКИ ПРОБЛЕМ**

Като хронична се дефинира тази болка, която е с продължителност повече от три месеца. В повечето случаи това са болки и болкови синдроми, които не са свързани със злокачествени заболявания и обхващат гръбнака, периферната нервна система и някои форми на главоболие. Този вид болка в повечето случаи е свързан с ограничаване на трудоспособността на пациентите, оказва значително влияние върху тяхното качество на живот, влияе негативно върху техните семейства и е значително бреме за социално осигурителните и здравни системи. (Brevik, 2006)

С въвеждането на здравно-осигурителните системи, фондовото финансиране и развитието на бизнес планирането в сферата на здравеопазването възниква проблемът за социално – икономическата тежест на този проблем. Лечението на тези пациенти е продължително и скъпо, в клиничната практика постоянно навлизат нови и иновативни методи, които непрекъснато оскъпяват лечението на тези пациенти. Новите методи засягат един или друг аспект в лечението на тези пациенти крайния резултат не винаги е ясен и проследим, но в крайна сметка един от критериите за ефективността на проведеното лечение е качеството на живот на пациентите и съхранението на тяхната трудоспособност. Правилно проведеното лечение и рахабилитация на тези пациенти води до по-добро качество на живота, по добър принос за обществото и по малко изразходване на публични средства. (Стоев, 2009)

В този аспект илюстративни са данните, които са предоставени от държави с развити здравни системи и голям брой на популацията, тъй като е възможно да бъдат обхванати голям брой пациенти. По данни на националния здравен институт на САЩ хроничната болка е третият по значимост проблем, който засяга около 65 милиона американци, съгласно голямо статистическо проучване от 1982 г. Според други данни на националната здравна система на САЩ средно статистически от хронична болка годишно страдат от 50 до 70 милиона американци, което съставлява около 35 % от населението на САЩ. Същата институция алармира, че при тези пациенти възникват вторични чисто икономически проблеми, като загуба на работата, намалена продуктивност на труда, нарастване на разходите за здравеопазване и в крайна сметка финансовите загуби са от порядъка на милиарди долари годишно. Според този доклад в САЩ около 23 милиона пациенти годишно страдат от болки в гърба и други 24 милиона пациенти страдат от хронично главоболие, като икономическите загуби свързани с тези пациенти са от порядъка на 57 милиарда долара годишно. (Latham, 2006)

Подобни данни се посочват от националната здравна система на Обединеното кралство. По техни статистически данни болките в гръбнака са причина за 45 милиона трудо дни годишно, като този проблем генерира около 193 милиарда паунд стерлинга икономически загуби. Проучвани я направени от NHS изчисляват, че ако хроничната болка продължава 6 месеца вероятността пациента да се върне на работа е около 50%. В случай, че хроничната болка продължава 2 години вероятността пациентът да се върне на работа е около 20%. При продължителност на болковият синдром от порядъка на 2 години вероятността пациента да се върне на работа е от порядъка на 10%. Хроничната болка също така засяга значителна част от пациенти които са в млада и трудоспособна възраст. Така например според същото горесцитирано проучване около 55 % от пациентите с хронични болки са на възраст под 50 години и около 23 % пациентите са на възраст над 50 години, но в трудоспособна възраст. (Gupta, 2012; Foster, 2008)

Хроничните болкови синдроми оказват и значително психологическо въздействие върху пациентите и техните семейства, които изпитват несигурност, безнадеждност и безпомощност. Всичко това води до значителен емоционален дистрес, които се отразява върху качеството на живот и трудоспособността на големи групи от хора.

От казаното до тук може да се заключи, че хроничната болка е проблем на съвременното общество и тя е значително бремене свързано с намалена производителност на труда, свързана със увеличаване на разходите на публични средства и е товар за социалните и здравно-осигулителните системи на развитите държави.

## **2. НЕОБХОДИМОСТ ОТ СЪЗДАВАНЕ НА ЦЕНТРОВЕ ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА И ТАРГЕТНИ ГРУПИ ПАЦИЕНТИ, КОИТО БИХА МОГЛИ ДА БЪДАТ ОБХВНАТИ**

Както беше споменато в предходната част, хроничната болка представлява сериозен медицински и социален проблем. Пациентите страдащи от хронични болкови симптоми са обект на следните медицински специалности: неврология, неврохирургия, ортопедия и травматология, обща хирургия, анестезиология и интензивно лечение, физиотерапия, психиатрия и клинична психология. Методите за лечение на хроничната болка, които се предлагат от различните медицински специалности варират от консервативно лечение и психотерапия до оперативни интервенции стигащи по някога до твърде интрузивно въздействие върху човешкия организъм. В най общите случай лечението на болката се започва с медикаментозна терапия преминава се през периоди в които се провежда физиотерапия и психотерапия и в случаите на неуспех от предприетите терапевтични мерки се стига до оперативна лечение.

Когато се дискутира проблема за консервативното лечение на хроничните болкови синдроми трябва да се обърне сериозно внимание, на страничните ефекти от медикаментозното лечение (хронична употреба на аналгетици, хронична употреба на противовъзпалителни медикаменти и кортикостероиди, злоупотреба с наркотични аналгетици), а също така и на фармако-икономическите аспекти на продължителната медикаментозна терапия.

Като междинно звено в лечението на тези пациенти се явява физиотерапията. Физиотерапевтичното лечение е свързано с продължителни епизоди на посещение на физиотерапевтични центрове, използването на скъпа апаратура, включването в продължителни рехабилитационни програми. Ефектът от тези процедури не винаги е гарантиран и в някои случаи е възможно обостряне на болковият синдром и включването на допълнителна терапия.

При голяма част от тежко протичащите случаи на хронични болкови синдроми се налага провеждането на оперативно лечение. Оперативното лечение е свързано с употребата на скъпо-струващи импланти, които в частност в България се заплащат от пациентите, поради недофинансирането на някои клинични пътеки. (доклад на Отворено общество, 2009) Гореспоменатото изложение се отнася предимно за случаите с хронична гръбначна болка. Съвременното общество е непрекъснато променящо се, трудовата дейност на съвременният човек е свързана с уседнал начин на живот в следствие на навлизането на компютърните технологии и автоматизацията на редица производствени технологии. Уседналият начин на живот предполага ниска физическа активност, ниска динамика на психо-физиологичните процеси, развитие на депресивни състояния и от там нисък праг на болката и превалиране на хроничната болка като страдание в съвременното общество. От друга страна съвременното общество се характеризира с по-висока средна продължителност на живота и от там на преден план изпъква проблема със застаряването на популацията в развитите държави, което пък от своя страна е свързано с по –висока честота на дегенеративните заболявания на гръбнака. Оказаното до тук е видно че хроничната болка е проблем свързан с развитите общества.

С развитието на медицинските технологии в практиката навлизат редица нови оперативни методи на лечение на гръбначните заболявания. Поради стихийното развитие на нови технологии и на нововъведения в практиката навлизат лечебни методи, които не винаги са с доказана дългосрочна ефективност. В практиката се стига до парадоксални случаи, при които производителите на медицински изделия диктуват индикациите за оперативно лечение. Поради информационната асиметрия лекар пациент се стига до сериозни деформации в болничната практика. (Отворено общество, 2009; Зиновиева, 2008) В немалък процент от случаите поради стихийното прилагане на системи за гръбначна инструментация се стига до усложнения и недобри резултати от хирургич-



ното лечение и тези пациенти също така попадат под угрозата на хроничната болка.

Интервенционалното лечение на болката е сравнително нова интердисциплинарна, хибридна медицинска специалност, която възниква през последните 20 години. Напоследък се наблюдава отделянето и като отделна медицинска специалност, въпреки че към момента тази дейност се практикува от анестезиолози, неврохирурзи ортопеди и рентгенолози. Предпоставка за възникването на този раздел от медицината е усъвършенстването на познанията за морфологията и функционирането на нервните структури имащи отношение към болковата перцепция. Средствата, които се използват при тези интервенции са най-често инжектирането на медикаменти под рентгенов или ултразвуков контрол, въздействие върху структури на нервната система с физически фактори, като радиочестотна денервация, криоденервация, невролитични субстанции, въздействие с електрически стимулиращи устройства имплантация на помпи които дозират обезболяващи медикаменти. В спектъра от терапевтични и оперативни методи, интервенционалното лечение на болката се позиционира между физиотерапията и хирургията. Самите интервенции се извършват в стерилна среда, в условията на операционната зала, под рентгенов или ултразвуков контрол, при мониторинг на виталните показатели, и в повечето случаи с повърхностна седация без да се стига до обща анестезия. По време на самите интервенции е необходим контакт между лекаря извършващ интервенцията и пациента. Подходящия срок за извършване на подобен род интервенции е обикновено около третия месец от началото на болката, когато възможностите на медикаментозното лечение и на физиотерапията са изчерпани, именно в този период е моментът за повлияване с интервенционални методи за да се прекъсне процеса на хронификация на болката и на започването на активна рехабилитация и социализация на пациентите.

**Таргетната група пациенти** са голяма част от пациентите с различни заболявания страдащи от хронични болкови синдроми. Най-голям е дяла на пациентите страдащи от гръбначни заболявания, при които болката продължава за период около три месеца и няма ефект от приложеното медикаментозно лечение и физиотерапията а в същото време тези пациенти нямат абсолютни индикации за оперативно лечение. Към пациентите с хронични гръбначни проблеми спадат и тези които са претърпели неуспешни гръбначни оперативни интервенции, при които персистират хронични болки.

Пациентите с приферно нервни синдроми като мононевропатии засягащи предимно сетивни нервни клонове са друга съществена част която би попаднала в обсега на един център за интервенционално лечение на болката.

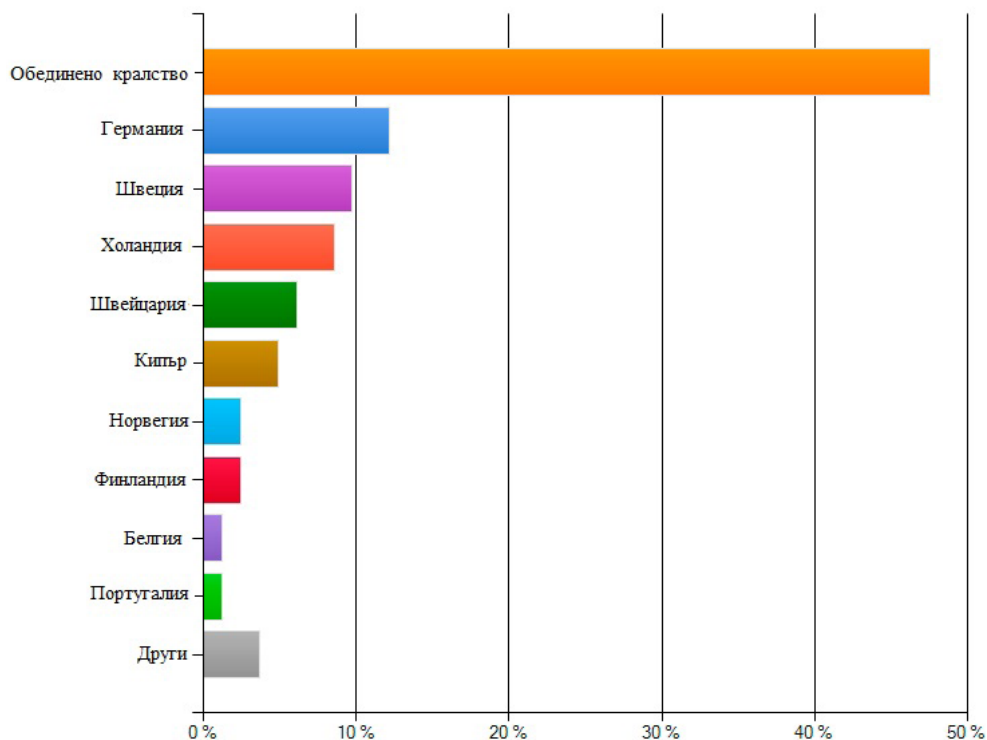
Пациентите страдащи от хронично главоболие неповлияващо се от медикаментозна терапия биха могли да бъдат подлагани на подобен род интервенции, това са пациенти страдащи от тригеминална невралгия, окципитална не-

вралгия, посттравматично главоболие, мигрена, клъстер главоболие и други по редки форми на главоболие.

Пациентите с други видове хронични болки, като болкови синдроми с неопластична генеза, пациенти с неуспешни гръбначни оперативни интервенции, пациенти след оперативни интервенции при, които достъпа е през гръдната или коремната стена биха попаднали в обсега на интервенции, които се извършват в центровете за интервенционално лечение на болката.

### 3. АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ НА ПРОБЛЕМА В ЕВРОПЕЙСКИТЕ ДЪРЖАВИ

Хроничната болка е една от най-честите причини за страдание на европейския континент и съставлява значим икономически товар. Епидемиологични проучвания показват че средно един на 7 души страда от хронична болка в Обединеното кралство. На континента, хроничната болка обхваща около 20 процента от популацията и средно един на 5 души страда от хронична болка. Центровете за интервенционално лечение на хроничната болка са особено популярни в развитите европейски държави, като Обединеното кралство, Германия, Швеция, Холандия и други държави. На фигура 1 са отразени данните от проучването Survey of European Pain Medicine Practice. (Brevic, 2006; Gupta, 2012)



Фигура 1. Разпространение и честота на центровете за интервенционално лечение на болката в Европа и Обединеното кралство.

Според горепосоченото проучване в центровете за интервенционално лечение на болката най-често работят анестезиолози, тъй като те осъществяват първичните грижи и лечението на пациентите, страдащи от хронична болка. Една от най-честите причини за хронична болка са случаите с гръбначни страдания и с хронични форми на главоболие, както и болка с произход от мускулно-скелетната система в тази дейност са ангажирани и други специалисти, като неврохирурзи, гръбначни хирурзи и ортопеди. На фигура 2 са отразени специалистите и относителните дялове на отделните специалности които вземат активно участие в центровете за интервенционално лечение на болката. (Brevik, 2006)

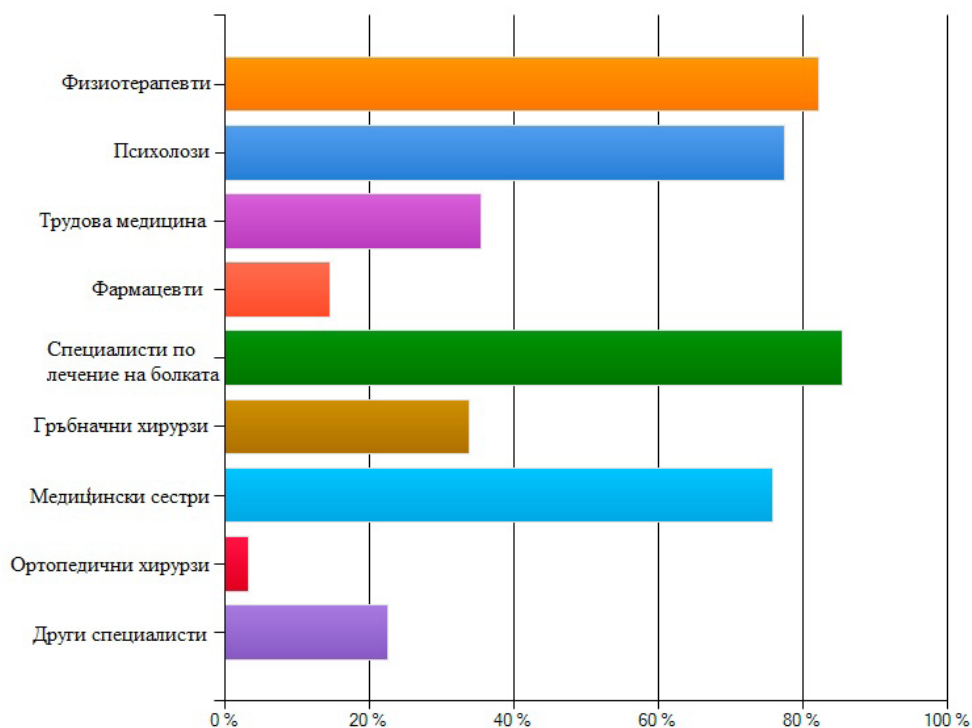


**Фигура 2.** Специалисти, ангажирани в интервенционалното лечение на болката и относителните дялове на отделните специалности вземащи участие в центровете за интервенционално лечение на болката.

По отношение на квалификацията на специалистите, вземащи участие в тези процеси около 76% от специалистите, практикуващи този вид дейност имат допълнителна квалификация в тази насока. В някои държави съществуват програми за обучение на специалисти, желаещи да се занимават с този вид дейност. Така например в Скандинавските държави програмите за обучение в тази дисциплина са с продължителност около две години. Подобни програми съществуват и в Обединеното кралство, Германия и Холандия. Около 25% от специалистите практикуват интервенционално лечение на болката като част от тяхната конкретна медицинска специалност например, Гръбначна хирургия, Ортопедия и травматология и Неврохирургия. За да се изчистят неясните моменти относно квалификацията на отделните специалисти в световен мащаб е създаден т.нар World Institute of Pain (Malek, 2015). Тази организация провежда периодични световни конгреси, обучителни семинари, на които си

дават среща водещи специалисти в тази област, лекари практикуващи този вид дейности и производителни на медицински изделия, медицинска апаратура и фармацевтични производители. Същата организация има и международен борд от водещи специалисти в областта на интервенционалното лечение на болката, които провежда изпити и сертифицира лекари и след успешно издържан изпит се присъжда титлата FIPP- Fellow of Interventional pain Practice. ( Malek, 2015)

В центровете за интервенционално лечение на болката работят широк спектър от специалисти, за да се посрещнат индивидуалните нужди на пациентите – Фигура 3.



**Фигура №3.** Медицински специалисти, работещи в центровете за интервенционално лечение на болката с оглед комплексен подход за задоволяване на индивидуалните нужди на пациента

Когато се прави сравнителен анализ на ситуацията в различните европейски държави, е уместно да се засегне и проблемът с цената на услугите и кой поема разходите за лечението на тези пациенти. Стойността на услугата при лечение на болки вследствие на дегенеративни заболявания на гръбнака е средно около 3 500 евро годишно на пациент, като в цената се включват 4 процедури. Средната цена на интервенционална процедура е от порядъка на 1000 евро. В германската здравна система цената на процедурите е включена в ди-

агностично свързана група и съответно след пресмятане на case mix индекса цената на тридневен болничен престой е от порядъка на 2100 евро, независимо от това дали пациента ще провежда физиотерапия или ще се извършва интервенционална процедура за лечение на хроничната болка. В държави като Обединеното кралство, Ирландия и Финландия тази дейност се покрива от някои допълнителни здравно осигурителни фондове, като в около 37% от случаите пациентите заплащат сами лечението си в частни центрове. В други държави като Швеция и Холандия е въведена системата на Co-payment, където пациентът заплаща част от сумата за лечение, а останалата част от лечението се поема от здравно осигурителните фондове. Така например в Швеция частта, която поема пациента, е около 300 Шведски крони на процедура. (Foster, 2007; Делчева 2011)

#### 4. АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ НА ПРОБЛЕМА В БЪЛГАРИЯ

Към настоящия момент в страната не съществува самостоятелен център за интервенционално лечение на болката. Такъв вид интервенции се практикуват в лечебни заведения от многопрофилен тип (ВМА, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, МБАЛ „Гръбначен център“, МБАЛ „Св.София“ и болница „Вита“). Това определя зависимостта на лечебните единици от цялостната организационна структура на болниците, а също така от наличието на квалифицирани специалисти с интерес, насочен към този вид дейности, както и с финансовия ресурс с който съответната болница разполага. (Стоев, 2009)

През 2018 г. беше стартиран проект за създаване на център за интервенционално лечение на болката към едно от частните лечебни заведения на територията на София град – МБАЛ с ДКЦ „Вита“ База 2. В разработването и развитието на проекта бяха ангажирани и привлечени специалисти от следните области: неврохирургия, анестезиология и реанимация, рехабилитация, мениджъри и вносители на медицинска апаратура.

Основната идея при създаването на центъра беше да се обедини работата на лекари с интерес в тази област, частно лечебно заведение и вносители на медицинска апаратура. Крайната цел беше заемането на тази нова за страната пазарна ниша и да бъдат удовлетворени потребностите на пациентите чрез представянето на тази нова за страната здравна услуга.

За постигането на целта основна роля имаше болница „Вита“ с добре разработена структура като изградено ДКЦ, операционни зали и технологична обезпеченост, както и леглова база. Болницата има добре разработен маркетинг според мен е пример за това как малка болница с добър мениджмънт, маркетинг (включително назначен PR специалист) заема успешно незаети пазарни ниши на пазара на здравните услуги на пазара.

Медицинския състав на центъра е беше мултидисциплинарен с участието на хабилитирани лица: двама неврохирурзи и един ортопед, както и трима

лекари със специалност анестезиология и реанимация и един кинезитерапевт. Сестринския състав беше осигурен от болница „Вита“.

Водеща роля в мениджмънта на центъра беше фирма за внос на медицинска апаратура с насоченост Неврохирургия и ортопедия и мениджър на центъра, лекар с значителен опит в продажбите на лекарства, работещ в представителството на голяма фармацевтична компания.

Комуникационните канали бяха осигурени като се използваше структурата на болница „Вита“ и PR специалиста на болницата. Също така в болницата бяха организирани няколко тематични курса за обучение на лекари с интерес в тази насока.

Интервенциите в тази област не се покриват от бюджета на НЗОК, за разлика от някои държави като Германия, Англия, Дания и други европейски държави. Във връзка с този факт беше наложително да се изработят цени на съответните интервенции, които варираха от 200 до 1800 лева. Ценообразуването беше направено от страна на вносителите на медицинска апаратура и частично от мениджърите на болница „Вита“. Лекарите, работещи към центъра получаваха около 1/3 от цената на интервенцията. Пациентите заплащаха за собствена сметка цените на интервенциите на регистратурата на болницата. Прегледите от хабилитиран специалист бяха 100 лева, а от специалист 80 лева. Пациентите осигурени в здравно–осигурителни фондове не заплащаха прегледите.

Таргетната група пациенти са тези с хронична болка вследствие на заболявания на нервната система или опорно-двигателен апарат. Тези пациенти са лекувани консервативно без успех и не са склонни да се подложат на оперативна интервенция, която е твърде интрузивна и с голям брой странични ефекти. Продуктът, който предлагаме, е насочен именно към тази група пациенти и е твърде атрактивен. В голяма част от случаите пациентите сами търсеха специалисти, които да предложат подобен тип интервенции.

По мое лично мнение, най-ефективния комуникационен канал е платформата Superdoc, посредством която в интернет пациентите имаха достъп до съответния специалист и си записваха час за преглед. PR експерта на болницата осигуряваше периодични публикации в изданието МЕДИНФО, с което се целеше лекарската аудитория да бъде запозната с методиките, които използваме. Бяха организирани три практически курса с уоркшопове, като бяха поканени специалисти от чужбина. Лично аз се ангажирах с представянето на презентации на неврологични конгреси, като имах за цел да запозная аудиторията от невролози със съвременните достижения в тази интердисциплинарна област. В този смисъл таргетна група бяха и самите лекари които биха могли да насочат пациенти към центъра.

Причините за неуспеха на създадения център бяха следните:

1. Настъпването на COVID–19 пандемията и последващата криза през

- март 2020 г. беше причина за рязко намаляване на броя на пациентите.
2. Неудовлетвореност от реализираните печалби от страна на вносителите на медицинска апаратура и от мениджъра на центъра.
  3. Високите цени за интервенциите, които не са с напълно сигурен ефект (до около 50-60 процента ефективност). От друга страна, болката е комплексен феномен, които изисква комплексно проследяване на пациентите, което би ги вкарало в допълнителни разходи.
  4. Липса на кризисен мениджмънт и на ясна визия от страна на мениджмънта на центъра.

Към момента в страната няма изграден успешно работещ център за интервенционално лечение на болката. За създаването на такава успешно работеща структура са необходими да бъдат съобразени някои основни моменти, които ще бъдат споменати по-долу. Необходим е подход, ориентиран към нуждите на пациента. На първо време, за да бъде качествена една медицинска услуга, тя трябва да бъде достъпна. Основна спънка за свободния достъп на пациенти е високата цена на услугата. Причината за високата цена в случая е стремежа към максимална екстрактивност и печалба на доставчиците на медицински консумативи. Необходимо е да бъде създадена услуга от инклузивен тип, където да няма голяма асиметрия на информацията между лекар и пациент. От друга страна е необходимо самата услуга да бъде на поносима цена. Необходимо е да бъдат въведени критерии за удовлетвореността на пациента, което би ни дало ясна представа за качеството на крайния продукт. Тези цели биха могли да бъдат постигнати в случая като се избегне голямата печалба по веригата на взаимодействие с другите ключови звена. По лично мое виждане това би могло да се случи чрез регистрирането на фондация или неправителствена организация и по този начин да се търсят грантове или други алтернативни източници на финансиране за постигане на горепосочените цели.

## **5. ЕЛЕМЕНТИ ОТ МАРКЕТИНГОВАТА ТЕОРИЯ, КОИТО БИХА МОГЛИ ДА БЪДАТ ОТ ПОЛЗА ПРИ СЪЗДАВАНЕТО НА МАРКЕТИНГОВА СТРАТЕГИЯ НА ЦЕНТЪРА ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА**

### **5.1. Маркетингов инструментариум**

Традиционното разбиране за маркетинга е инструментално. Приема се, че маркетингът обобщава *всички* организационни дейности по управлението на пазарното търсене. На базата на информация за нуждите и потребностите на своите клиенти, мениджърите решават какви продукти да бъдат им бъдат предложени (проектиране, предлагане на продуктите и след продажбено обслужване); на каква цена и каква е икономическата изгода от тяхното производство (ценообразуването); как да бъдат доставени продуктите (разпределе-

нието до крайните пазари) и как да бъдат набавени необходимите за тяхното производство фактори (управлението на доставките от суровините пазари); как да бъдат информирани и подтикнати клиентите да търсят адресираните към тях продукти (комуникациите). На пръв поглед, да се прави маркетинг означава, да се вземат и прилагат посочените решения, поотделно и общо, да бъдат свързани и синхронизирани с останалите дейности по управлението. Целта е да бъде реализиран взаимноизгоден обмен. (Вълков, 2010)

През 1964 г. Е. Дж. Маккарти (Perreault, McCarthy, 1996) групира разнообразните маркетинговите дейности в *четири групи* маркетингови решения:

**Таблица 1.** Инструменти на маркетинга (4Ps – маркетинг микс)

P1	Продукт ( <b>P</b> roduct)	Определяне на продуктовия портфейл; Разнообразие на предлаганите продукти; Избор на целеви сегмент; Даване под наем или продажба; Гаранционно и следпродажбено обслужване; Утвърждаване на положителен имидж и репутация; Фирмен знак, търговска марка.
P2	Цена ( <b>P</b> rice)	Равнище на цените; Политика на ценообразуване; Диференцируемост на цените; Обвързаност на цените; Условия на плащане; Възприемана ценност.
P3	Пласмент ( <b>P</b> lace)	Пазарна експозиция; Избор на посредници; Разпространителска мрежа; Складирание, транспорт, запаси; Избор и управление на каналите на разпространение; Равнище на обслужване.
P4	Комуникационни канали ( <b>P</b> romotion)	Реклама; Връзки с обществеността; Лични продажби; Осигуряване на спонсорство, Управление на отношенията с индивидуални и корпоративни дарители (fund-raising); Набиране, анализ и използване на маркетингова информация.

**Продукт:** В здравеопазването това са стоки, идеи, услуги, предлагани от здравната организация. За разлика от други индустрии, продуктът в здравеопазването не винаги е лесно да бъде дефиниран като обект на маркетинг. Повечето от здравните организации предлагат нематериални продукти, здравна помощ/услуги, чието описание не винаги е ясно и позволява към тях да се използват директно маркетинговите концепции. Драстично променящата се здравна среда и развитието на системите на здравеопазване също оказват влияние. Към традиционните продукти като медицинска процедура, ортопедична става, консултация при специалист, в днешно време са разпространени предплатени здравни осигуровки и застраховки, които осигуряват различно равнище на достъп и покритие на здравно обслужване, групово продавани/закупувани продукти и услуги. Здравните застраховки се разглеждат като продукти, които предоставят сигурност и защита от финансови затруднения в случай на болест. Част от продуктите, промотирани от здравните организации са идеи: имиджа/ репутацията и организационният бранд/марка, се предават



чрез всички извършвани от здравната организация дейности. Здравният маркетинг трябва да комбинира индустриален подход и подход, който е характерен за услугите, тъй като маркетинговите предложения могат да бъдат както материални продукти и така и за услуги. За разлика от първите, които обикновено се предоставят в неперсонализирана среда като еднократен епизод, то здравните услуги (напр. прегледите) са непрекъснат процес, променливи, нетрайни, по-лични, неделими от лекаря. Дизайнът на продукта, възприеманите атрибути на продукта, удобството стават все по-важни;

**Цена:** Концепцията за цената в здравеопазването е по-широка от размера на паричните разходи, които тя отразява като разходи за купувача. Исканата цена за продукта/услугата включва различни елементи като хонорари, такси, премийни вноски и др. Цената трябва да отрази времето, което е незаменим ресурс както за пациентите, така и за обслужващата организация (по време на услугата достъпът на друг е невъзможен). От гл.т. на потребителя към исканата от доставчика цена трябва да се добавят допълнителни парични разходи (свързан с достъп) и нефинансови разходи (физически и психологически усилия като болка, дискомфорт, срам, безпокойство, неудовлетвореност и др.);

**Доставка:** Този инструмент се отнася до всички фактори, които улесняват сделката, обслужването или взаимоотношенията. Дейностите на маркетерите са разнообразни – условия за записване на час за преглед, получаване на резултати от изследвания по интернет, или профилактични прегледи по фонд, предоставени на място и др. Все по-често пациентите диктуват условията на доставяне. Освен процедурните въпроси, доставката зависи от редица свързани с основната дейност/ценност въпроси: поддържането на сайт, такси за паркиране, системи за разработване на графици, достъп до информация и бази данни и др. Начините на доставяне се отразяват на удобството за клиентите, а достъпът все повече определя възприеманото от клиента качество;

**Стимулиране:** Обхваща всички форми на маркетингова комуникация, с което клиентите научават, че организацията има готов отговор на техните нужди. Във времето обаче този модел търпи еволюция и се добавят още компоненти.

## Модел 5Р

През 1987г. професорът по маркетинг Вогън Джъд обогатява класическия 4Р маркетингов микс с още един елемент – People (Хора). Това са служителите на фирмата, които имат контакти с целевите клиенти. В крайна сметка, какво са продуктът, цената, дистрибуцията и промоцията, ако хората, които продават или обслужват клиентите не са на нужното ниво? Почти всичко губи смисъл, когато слабото място на маркетинг микса са хората. (Dodge, 1987)

Или, съгласно модела 5Р, елементите на маркетинговия микс са:

- Product (Продукт)

- Price (Цена)
- Placement (Дистрибуция)
- Promotion (Промоция)
- People (Хора)

Всяка фирма следва да вземе маркетингови решения, свързани с хората си. Ще разясня по-подробно какви следва да са тези решения по-долу, когато стане дума за модела 7P.

### **Модел 6P**

През 1984 г. не кой да е, а самият “баща” на маркетинга професор Филип Котлър обогатява класическия 4P маркетингов микс с два нови елемента. Тези два елемента са специфични и касаят най-вече маркетинга на много големи фирми.

Според Котлър, когато организациите се опитват да навлязат на пазари в чужбина, те трябва да овладеят изкуството да удовлетворяват потребностите и желанията не само на своите целеви клиенти, а и на трети страни. (Kotler, 1987, 2002, 2009; Вълков, 2010) Тези трети страни включват правителства, профсъюзи и други заинтересовани групи, които действат като пазачи пред навлизането на съответния пазар. В подобна среда, в която е изправена да оперира една компания, на преден план изникват ред политически нюанси.

Именно в тази връзка Котлър предлага към маркетинговия микс да се добавят две нови P-та – Public Relations (Връзки с обществеността) и Political Power (Политическа власт).

Или, съгласно модела 6P, елементите на маркетинговия микс са:

- Product (Продукт)
- Price (Цена)
- Placement (Дистрибуция)
- Promotion (Промоция)
- Public Relations (Връзки с обществеността)
- Political Power (Политическа власт)

Добавянето на новите 2P в маркетинговия микс образува това, което Филип Котлър нарича “мегамаркетинг”. Мегамаркетингът е термин, който описва поведението на фирма, която взема решения не само относно своята вътрешна среда, но и относно външните фактори на средата. Чрез връзки с обществеността и придобиване на политическа власт и влияние, една фирма може да спечели влиятелни хора, законодатели и дори цели правителства, за да навлезе и оперира на съответния целеви пазар. (Котлър, 2000, 2009)

### **Модел 7P**

През 1981 г. професорите по маркетинг Бърнард Буумс и Мери Битнър предлагат модела 7P за маркетингов микс. Този модел надгражда класическата

4P идея на Джеръм Маккарти и отразява по-точно маркетинговите решения, които трябва да вземат фирми от сектора на услугите. (Mac Carty, 1981)

Тъй като в сферата на услугите работят много фирми, моделът 7P определено заслужава внимание.

Съгласно модела 7P, елементите на маркетинговия микс са:

- Product (Продукт)
- Price (Цена)
- Placement (Дистрибуция)
- Promotion (Промоция)
- People (Хора)
- Process (Процеси)
- Physical evidence (Физически фактори)

Първите четири P на модела 7P са идентични с модела 4P. Разликата между двата модела се състои в последните три елемента – хора, процеси и физически фактори. За тях, поотделно и заедно, също се вземат различни маркетингови решения. (Вълков, 2010)

### **Хора (People)**

Какво са “хора”? Това са всички, които играят роля в процеса на купуване или използване на продукта и влияят на възприятията на клиента.

Често под “хора” се разбира персоналът на фирмата. Ако фирмата се състои от един човек, той самият е елементът “хора”. Ако във фирмата работят много служители и част от тях имат контакти с клиентите, те образуват елемента “хора”.

Ето няколко типични маркетингови решения, които следва да се вземат относно хората:

- Кои са хората, които трябва да предлагат продукта или да обслужват клиента? Какви качества, знания и умения трябва да притежават?
- Откъде ще се привличат и как ще се обучават хората, които работят с клиенти?
- Какви скриптове за студени обаждания, презентации, рекламации или др. ще са нужни на продавачите и/или обслужващия персонал?
- Как ще се регистрират и/или архивират взаимоотношенията с клиенти – разговори, срещи, рекламации?
- Какви технически средства (хардуер и софтуер) са необходими за качествено търсене, продажба или обслужване на клиенти?
- Какви подходи по отношение на служителите, които работят с клиенти използват конкурентите и как ще се постигне диференциация спрямо тях?

В зависимост от отговорите на тези въпроси, фирмата ще определи политиката си за управление на човешките ресурси, системата си за продажби и

техническите средства в помощ на персонала, който продава или обслужва клиенти.

Някои специалисти по маркетинг добавят, че в рамките на Хора (People) могат да се отнесат и клиентите (Person, Prospect), т.е. целевия пазар. Ако това се направи, то вероятно елементът Хора става от първостепенно и най-важно значение, защото всичко в маркетинга в крайна сметка се прави, за да се задоволят нуждите и желанията на определени целеви клиенти.

Лично за мен добавянето на клиентите към елемента “Хора” малко обърква, защото променя фокуса от персонала на фирмата, който работи с клиенти, към самите клиенти. Разбира се, че клиентите са най-важни от всичко, но една фирма следва да има яснота за своите целеви пазари, клиенти и маркетингови персони **преди** да започне да взема решения за своя маркетингов микс.

Или, решенията относно целевия пазар (клиентите) за мен следва да се вземат преди решенията относно елементите на маркетинговия микс. Фирмата трябва да съчетае елементите на маркетинговия микс по определен начин, за да достигне до своя целеви пазар, който е определила преди това.

Разбира се, това е само моето скромно мнение, като то е продиктувано най-вече от стремеж нещата със седемте Р да са по-прости. Някой друг може да избере да разглежда клиентите като директна част от маркетинговия микс и ще е напълно прав от своя гледна точка.

### **Процеси (Process)**

Какво са “**процеси**”? Това са правилата и процедурите, с помощта на които се оказва една услуга. Процесите са системи, които спестяват на една фирма време, енергия и пари.

Например, системата за продажби е част от елемента “процес”. Как точно да работят хората, какви правила да спазват, какви стъпки да правят, за да не допускат грешки. Ако една фирма иска да има клиенти, които получават всеки път високо качество на предлаганите услуги, тя има нужда от надеждни процеси.

Системите за качество ISO също са примери за процеси. Тези системи се създават с цел да обезпечат качество, добра комуникация и подходящ документооборот по всички нива в една фирма, в т.ч. и в маркетинговата дейност. (Вълков, 2010)

Ето няколко типични маркетингови решения, които следва да се вземат относно процесите:

- Какви ще са основните процедури и най-добри практики за маркетинг и продажби на клиенти?
- Как ще са описани те? Какви наръчници ще се използват? Офлайн, онлайн?

- Как ще се следи дали процедурите се изпълняват по правилния начин или се допускат отклонения?
- Как ще се прави анализ на отклоненията от правилата за работа?
- Кои ще са ключовите индикатори за ефективност, които ще се проследяват?
- Какви подходи по отношение на процесите използват конкурентите и как ще се използва това знание за постигане на конкурентно предимство?

В зависимост от отговорите на тези въпроси, фирмата ще определи своите правила, процедури и стандарти за работа, както и ключови показатели за ефективност.

### **Физически фактори (Physical evidence)**

Какво са **“физически фактори”**? Това е средата, в която се оказва определена услуга на клиента. Това е мястото, в което фирмата и клиентът си взаимодействат. Това е всеки един материален, измерим компонент, който влияе или подпомага на комуникацията с клиента.

Или, казано по друг начин, физическите фактори са материалната част на една иначе нематериална услуга. Това са неща като помещение, външен вид на служителите, обзавеждане, рекламни материали, документи и всякакви елементи на фирмена идентичност, в т.ч. и визитни картички.

Ето няколко типични маркетингови решения, които следва да се вземат относно физическите фактори:

- Как ще изглеждат помещенията, в които ще се обслужват клиентите? Какво ще е обзавеждането, мебелите, оборудването и т.н.?
- Как ще изглеждат символите на фирмена идентичност? Лого, цветове, рекламни материали и др.?
- Каква ще е атмосферата в помещението? Как ще бъдат организирани неща като музикален фон, температура, аромат и др.?
- Ще се предлагат ли на клиентите малки подаръци, сувенири или др.?
- Какви подходи по отношение на физическите фактори използват конкурентите и как ще се постигне диференциация спрямо тях?

В зависимост от отговорите на тези въпроси, фирмата ще определи външния и вътрешния вид на своите помещения и всички други материални компоненти, до които се докосват клиентите. (Вълков, 2010)

## **5.2. Маркетингова стратегия**

Думата **“стратегия”** е с древногръцки произход и буквално означава **“водене на войските”**. Първоначално понятието се използва само във военната сфера, където се дефинира като **“най-важната съставна част на военното изкуство, занимаваща се с въпросите на подготовката и воденето на войни, военни кампании и стратегически операции”**.

С течение на времето понятието “стратегия”, като запазва в основни линии своя смисъл, се разпространява и в политиката, икономиката, социалната област, техниката и т. н. Сега то се употребява във всяка сфера на човешката дейност.

Във фирменото управление стратегията съдържа общата концепция, основните принципи, които определят кардиналните и перспективните задачи на развитието на управляваните обекти и на системата като цяло.

В икономическата литература няма единно схващане относно същността на стратегията като средство за управление на икономическите системи. Една група автори разглеждат стратегията като сила, осигуряваща съзнателно и интегрирано ръководство за поведение на фирмата. Втора група автори разглеждат стратегията като средство за осигуряване призиванието на фирмата, в смисъл на дългосрочни цели, програми за действие и приоритети при разпределяне на фирмените ресурси. Третата група автори разглеждат стратегията като средство за определяне конкурентната ниша на фирмата. Едно от известните и признати определения е това на Майкъл Портьър. Според него стратегията е отговор на възникващите вън от фирмата заплахи и възможности, от една страна, и на нейните собствени силни и слаби страни, от друга, с която се цели постигане на конкурентното предимство. С други думи маркетинговата стратегия се състои в привеждане на възможностите на фирмата в съответствие със ситуацията на пазара, т.е. на вътрешната среда с външната. Стратегията представлява един общ план срещу един противник. Тя предполага извършването на промяна – не обикновена, а съществена промяна в обекта на управление. Стратегията е съчетание от идеи и действия. Тя съдържа елементи на прогнозирането и праксиологията. Прогнозирането разработва знания за бъдещето, а праксиологията предполага разработването на правила за действие. В тази връзка стратегията очертава границите на промяната, но определя и условията за осъществяването ѝ. (Porter, 94; 96; 98; 2006)

**Маркетингова стратегия** е процесът на планиране, който позволява на дадена организация да концентрира своите ограничени ресурси в най-добрите възможности за увеличаване на продажбите си и постигане на стабилно конкурентно предимство.

Следва да е центрирана около ключовото разбиране, че удовлетвореността на клиентите е основната цел, основната предпоставка за успеха на бизнеса.

Всяка маркетингова стратегия се състои от добре обмислени поредици от тактики, които да направят маркетинговия план по-ефективен. Маркетинговите стратегии служат основно за подсилване и стабилизиране на маркетинговите планове, изготвени за да запълват пазарни нужди и да постигат маркетингови цели. Плановете и целите обикновено се проверяват за измерими резултати.

Стратегическите ориентири в цялостното развитие на всяка бизнес организация се декларира в нейна мисия, визия и цели и задачи. Визията създава образа на съвършената организация която служи на човешкото общество. Визията в бизнеса определя стратегическите пътища за неговото успешно развитие. Всяка организация трябва да има собствена визия за своето бъдеще, която да помага от една страна за запазване на нейната специфика, а от друга страна за стимулиране на напредъка. Мисията показва поетите ангажименти към хората и обществото. (Berkovitz, 2004; Moseley, 2008)

**Мисията** на фирмата изразява постоянните стремежи на организацията за постигане на по-добро положение в обществото. Тя разкрива поетите ангажименти към персонала, доставчиците клиентите и др. В нея се отбелязват принципите и подходите, от които организацията се ръководи в своята дейност. Мисията посочва стратегическите намерения за в бъдеще. След проведени изследвания се доказва, че след ясно обявена мисия се повишава репутацията в обществото.

**Стратегическите цели** произтичат от изразената визия и декларираната мисия. Ориентирани са към усъвършенства на прилаганата стратегия, създаване на нови устойчиви преимущества, разкриване на ново перспективи, повишаване на конкурентоспособността, използване на възможностите за растеж и др.

**Стратегическите цели в маркетинга** са насочени към укрепване на пазарните позиции, увеличаване на пазарното покритие, нарастване на пазарния дял, удовлетворяване на желанията на клиентите и др.

**Стратегическите задачи** в сферата на маркетинга представляват важни задания в които се посочват реалните изпълнители, очакваните резултати и набелязаните срокове. Маркетинговите мениджъри е необходимо първо да формулират стратегическите цели, след което да предприемат активни действия за тяхното постигане. Съвкупността от набелязаните цели може да се представи йерархично като дърво на целите. Дървото на целите се построява от горе на долу като в него не трябва да има цикли и изолирани елементи. Трябва да се обърне внимание на правилното разпределение на неговата структура. Дървото на решението може да се представи по два начина. В първия всеки елемент от по-ниско ниво е свързан само с един елемент, а при втория елементите от по-ниско ниво на йерархия са свързани с няколко елемента и по-високо ниво на йерархия. (Porter, 2006; Горчилова, 2010)

В пазарна среда организациите се конкурират чрез предоставяне на по-стойностни оферти на своите клиенти. Те трябва да изработят и да предоставят предложение, което потребителите да преценят като такова, което им носи по-висока полза, получавано на по-ниска цена, с по-малък разход на време, при по-лесен достъп и с по-малки физически и психически усилия. (Вълков, 2010; Делчева, 2009; 2011)

Стратегическата целева рамка на управлението (мисия, визия, стратегически цели) трябва да хармонизира управлението (организацията) и интересите на заинтересованите страни. В днешно време в тях все повече се акцентира не върху ползите и тесните икономически интереси на акционерите, а към задоволяване на нуждите на потребителите, развитие на обществени отношения, подпомагане на местното развитие, постигане на социално значими цели. (Котлър, 2005; Левит, 2009)

### **5.3. SWOT анализ като инструмент за изработване на конкурентна стратегия**

SWOT анализ е класически метод за стратегическо планиране и в същото време и абривиатура, зад която стоят следните думи:

- Силни страни (Strengths);
- Слаби страни (Weaknesses);
- Възможности (Opportunities);
- Заплахи (Threats).

SWOT анализът е изключително полезен инструмент за разбиране на различни бизнес ситуации и вземане на решения. Той дава необходимата рамка за преглед на организационната стратегия и посока на развитие на една фирма, но така също и проект, бизнес предложение или всяка една друга идея.

За този метод за анализ и планиране се счита, че е създаден от Албърт Хъмфри от Stanford Research Institute, който заедно с екип от колеги е провеждал изследвания с него през 60-те и 70-те години на 20 век, използвайки данни за компании от списъка Fortune 500. Самите изследвания са се финансирани от компании от Fortune 500, тъй като те са имали нужда от инструмент, с който да разбират по-добре грешките и провалите на своето стратегическо планиране. (Mintzberg, 1994; Porter 1996)

Всъщност, SWOT анализът е метод не само за анализ, но и за планиране. Това уточнение е много важно! Един анализ, колкото и подробен и акуратен да е той, без последващата стъпка – планиране, е общо-взето безполезен. Какво от това, че сме отделили време да анализираме нещо за фирмата ни, ако всъщност не знаем или не можем да го подобрим или използваме в наша полза по някакъв начин? (Вълков, 2010)

В този смисъл, SWOT анализът често пъти бива последван от изготвяне на някакъв вид план – маркетингов план, план за продажбите или бизнес план.

Нека видим по-конкретно какво представлява SWOT анализът.

#### **Силни страни**

- Какви предимства притежава фирмата?
- Какво е това, което фирмата прави по-добре от всички останали?



- Разполага ли фирмата с уникални или много евтини ресурси, от които може да спечели и с които не разполагат другите фирми?
- Кои са факторите, благодарение на които фирмата осъществява своите продажби?
- Кое е уникалното предложение за продажба (USP – unique selling proposition) на фирмата?

Под силни страни на една фирма в SWOT анализа могат да се отчетат неща като силни марки, патенти, ноу-хау, добра репутация сред потребителите, ексклузивен достъп до природни ресурси, благоприятен достъп до дистрибуционни канали и т.н. С две думи, силните страни са всичко, което може да формира конкурентно предимство.

### **Слаби страни**

- Какво може да се подобри във фирмата?
- Какво трябва да се избягва?
- Какво хората в бранша смятат, че е слаба страна на фирмата?
- Кои са причините, поради които фирмата пропуска продажби?

Слабите страни на една фирма могат да включват слаба марка, липсата на патентна защита, лоша репутация сред потребителите, скъпи ресурси, липса на достъп до качествени природни ресурси, неблагоприятен достъп до дистрибуционни канали и др.

В редица случаи една слаба страна може да е обратното на една силна страна. Например, големият производствен капацитет на една фирма може да е нейна силна страна, но може да се превърне и в слабост в периоди, в които фирмата не може да “натовари” същия този производствен капацитет и той стои неизползван, с всичките негативи и загуби от това.

### **Възможности**

- Какви добри възможности съществуват?
- Какви интересни трендове излизат на дневен ред?

Полезните възможности могат да дойдат по линия на промени в технологията, пазарите, държавните регулации, социални промени, отмяна на търговски бариери, промяна в стила на живот и др.

Когато се разглеждат възможностите е полезно да се анализират силните страни и да се установи дали те са предпоставка за откриване на нови възможности. Алтернативно, могат да се анализират слабите страни и да провери дали не могат да се открият нови възможности чрез елиминирането на слабостите.

### **Заплахи**

- С какви трудности се сблъсква фирмата?

- Какво прави конкуренцията?
- Променят ли се стандартите за качество или изискванията към продукта?
- Как се отразяват на фирмата промените в технологията?
- Може ли някоя от фирмените слабости да застраши сериозно нейните пазарни позиции?

Заплахите могат да дойдат по линия на промени в потребителските предпочитания, появата на продукти-заместители, нови държавни регулации, търговски бариери и др.

Вероятно най-важният недостатък на SWOT анализа (която подкопава вярата на мениджърите в прогнозната сила на модела) е неговата статичност – казано метафорично, той прилича на широкоформатна, панорамна снимка, в която времето е застинало. За да бъде използван успешно от мениджмънта като *инструмент за управление*, той трябва да се опира на ясна, приложима технология за анализ, в която факторите, които изследва, могат да бъдат свързани в ясна и насочваща управлението обща картина на стратегическата позиция. (Вълков, 2010)

Тъй като SWOT анализът е ядро на стратегическото управление, то ритъмът на анализа е синхронизиран с процеса на стратегическо планиране. Най-общо, всяка нова стратегия, както и всяка промяна в организационните стратегии, трябва да се предхожда от SWOT анализ. Стратегическите решения, които произвежда системата за стратегическо планиране, са най-често във формата на планове и управленски програми. Времевият хоризонт на стратегиите определя времето на действие на стратегическите планове (като правило, средносрочни и дългосрочни) и тъй като не може да има момент, в който организацията да бъде извън тяхното действие, то и процесът на стратегическо управление (и планиране) трябва да е бъде на постоянна основа. (Вълков, 2010)

Като разглеждат подробно процеса на стратегическо маркетингово планиране в здравеопазването, Ерик Берковиц и Стив Хилстад предлагат на мястото на SWOT анализа инструмент за стратегически анализ, който наричат „вътрешна/външна оценка” и който те разглеждат в контекста на маркетинговите (пазарните) проучвания. Въпреки че предоставят различни „форми за оценяване” (формуляри), *връзката* между външните и вътрешните фактори не е централна за анализа. Филип Котлър и Роберта Кларк разглеждат SWOT анализа в две посоки: а) като средство за анализ и изработване на стратегии за адаптиране на здравните организации към външната среда и б) като част от маркетинговия план на здравните организации (Kotler, 2002; Berkovitz, 2010).

Провеждането на SWOT анализ *започва с изследване на факторите на външната среда*. Тези фактори са неконтролируеми от мениджмънта и затова умението да се подберат онези от тях, които ще доминират средата, в която ще работи ЛЗ, и способността да се оцени тяхното влияние върху него, са важни предимства на качеството на стратегическия мениджмънт на ЛЗ.

Концепцията за управление на стратегическите проблеми развива успешно стратегическия анализ и насочва здравните мениджъри в търсене на верните пътища при управлението на стратегическия баланс на ЛЗ. Технологиите на SWOT анализа и картата на стратегическите сценарии, която позволява да се видят ветрилото на стратегическите сценарии, да се идентифицират и да се изследват стратегическите проблеми, са инструментите, чрез които може да се реши горната задача. Концепцията и нейните инструменти подпомагат разработването на стратегии, които са: а) фокусирани към използването на възможностите, б) ограничаващи влиянието на слабостите, в) насочени към утвърждаване на конкурентните предимства и постигане на устойчива конкурентоспособност, г) реалистични и в резултат на това поддържат положителен баланс между стратегическите активи и пасиви на ЛЗ. (Вълков, 2010; Дракър, 1997; Дуранкев, 2003)

#### 5.4. Контрол на качеството

При разработката на медицински центрове е актуален въпросът за оценка на качеството. Тъй като медицината е специфичен тип дейност, е необходим по-специфичен подход при оценката на качеството.

Качеството е категория, която описва характеристиките на даден обект. Качеството е основна логическа категория във философиите на Аристотел, Имануел Кант, Хегел, Рене Декарт и Франсис Бейкън. В наше време качеството е обект на сериозен дебат в социалните и икономическите науки и е едно от основните понятия, върху които се изграждат редица политически, управленски и организационни теории. (Beckford, 2003; Duck, 2017)

Проблемът за качеството в сферата на здравеопазването придобива все по-актуално значение и се изостря в резултат на съвкупното влияние на редица фактори като:

- бързото развитие на медицинската наука и практика;
- навлизането на нови и ефективни методи, средства и апаратура за диагностика, лечение и рехабилитация;
- нарастването на информираността и здравната култура на пациентите;
- промени в здравното законодателство и създаването на конкурентна среда между различните здравни институции.

Качеството е „капризен“ показател поради липсата на ясни критерии за неговото измерване. Някои негови характеристики се измерват количествено, а други са плод на субективна оценка. Често качеството се разглежда от различните автори от гледната точка на областта в която работят. (Димитров, Баташки и Шопов 2009)

Според ISO-9000-2000 качеството представлява *съвкупност от свойства, които характеризират степеня на способността на продукта /услугата да задоволява определени потребности*. (Mykolo Romerio universitetas 2010)

Предвид специфичния характер на дейността в системата на здравеопазването, може да се даде следното определение за качество на здравната дейност: **съвкупност от присъщи характеристики, условия и свойства, изразяващи степента на способността на предоставения здравен продукт (услуга) да удовлетворява или превишава изискванията на пациентите (клиентите) на приемлива цена.** (Allen-Duck, Robinson and Stewart 2017)

Националният рамков договор дава следното определение на **качество на здравната услуга**: „ *Качествена здравна услуга е тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и при достигане на най-голямо удовлетворение по отношение на процедурите, на резултатите и хуманност на здравните грижи.* (БЛС 2018)

За оптимално се счита онова качество, при което имаме минимални сумарни разходи за производство и експлоатацията на продукта, т.е. минимална крайна цена на потребителя.

Проблемът за качеството в системата е важен, защото от него зависи:

- здравето на населението
- ефективността на здравната дейност
- конкурентостта на здравната организация

Той е сложен, тъй като върху него оказват влияние голям брой взаимосвързани фактори, проявяващи се във всички фази на здравната дейност (контролни и профилактични прегледи, диагностика, лечение и рехабилитация), а също така има и индивидуален характер.

Изследванията ясно показват, че темата за качеството в здравеопазването има много пластове и включва разнообразни по природа и по поведение фактори, оплетени в не винаги различима и не винаги управляема мрежа от зависимости. Според Индекса на здравния потребител най-важен е критерия за резултатите от лечението – той има най-голяма тежест в общата оценка на здравната система. И това е разбираемо – резултатите от лечението са фокусната точка, по която в крайна сметка се съди за това как работи здравната система. Това, което получават пациентите от съответната здравна система е израз на нейното качество и несъмнено е фактор за по-дълъг и по-качествен живот. На този фон става ясно защо основно изборът на пациентите се извършва на базата на възприеманото качество, а не от цените и количеството. Както казва известният здравен икономист Томас Гетцен: „Качеството е единствено важният показател“ (Getzen, 2004).

### Концепцията на Донабедиян

Концепцията на д-р Аведис Донабедиян е най-популярна и сред българските изследователи на управлението на качеството и най-лесно приемана от здравните мениджъри. Тя е предпочитана заради това, че акцентира върху вътрешните организационни характеристики и условия, свързвани с измерването и управлението на качеството – **структура** (организационно равнище), **процеси** (лечение), **резултати** (ефект от грижите). На тази основа мениджърите идентифицират възможности за подобряване на процесите по осигуряване и предоставяне на качеството.

Според Донабедиян технически дейността зависи от знанията на лекаря, от преценката му при избора на стратегия, свързана с грижите за пациента и от уменията му да приложи тази стратегия. Доброто техническо изпълнение се преценява в сравнение с най-добрите практики, а при съвременното равнище на медицината и здравните технологии от него в най-голяма степен зависи постигането на подобрения в здравния статус, т.е. “качеството на техническите грижи е пропорционално на тяхната ефективност” (Donabedian, 2009).

Междучелностните умения са другият жизненоважен елемент в сърцевината на медицинското обслужване (Донабедиян ги нарича “превозното средство чрез което се осъществяват техническите грижи и от което зависи техния успех”). Успешната диагностика и лечение зависят от управлението на междучелностния процес и развитието на качества като “конфиденциалност, информиран избор, загриженост, емпатия, честност, такт, чувствителност”. Съчетанието на тези две страни на работата на практикуващите лекари представляват изкуството на медицината (the art of medicine).

### Концепция на Максвел

1. *Достъп на здравната услуга.*
2. *Релевантност* – т.е. дали здравната помощ е достатъчна според нуждите. Препоръчва се този показател да се използва при оценяване на качеството от гледна точка на цялото общество.
3. *Ефективност* – в т.ч. подобряване или влошаване на здравното състояние на пациента.
4. *Равнопоставеност* – има се предвид социалната равнопоставеност, т.е. осигуряване на еднакво качество на здравната услуга за всички членове на обществото и всички социални категории.
5. *Социална възприемчивост* – т.е. обществото може да възприеме цената на оказаната медицинска услуга и резултатите от нея.

*Ефективност и икономичност* – т.е. постигане на необходимия ефект при минимални разходи на ресурси. (Maxwell, 1992)

## 6. ОБЕКТ И ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И РАБОТНА ХИПОТЕЗА

**Предметът на изследването** е Центърът за интервенционално лечение на болката към клиниката по Неврохирургия на ВМА-София. Като областта от научните знания, които се прилагат са изцяло в сферата на маркетинга.

**Обект на изследването:** В обхвата на изследването е наборът от маркетингови инструменти, които биха могли да бъдат приложени при менажирането на центъра, изработването на маркетингова стратегия и приложение на методи за оценка и контрол на качеството.

**Цел:** Конкретната изследователска задача е изработването на маркетингова стратегия, която да повиши ефективността на работа на центъра за интервенционално лечение на болката, като се увеличи пациенто-оборотът и да се подобри качеството на работа, както и да се постигне по добра удовлетвореност на пациентите.

### Изследователски задачи:

- Да се изследва и адаптира приложението на маркетингов инструментариум, като се приложи концепцията маркетингов микс 4Ps и по възможност 7 Ps.
- Да се приложат методите на SWOT анализа за създаване на маркетингова стратегия.
- Да се формулират мисия, визия и ценности на центъра за интервенционално лечение на болката.
- Да се адаптират и приложат най популярните методи за оценка и контрол на качеството.
- Да се направи критична оценка и да се определят възможности и хоризонти за по-нататъшно развитие на тази пазарна ниша в България.

**Работна хипотеза:** интервенционалното лечение на болката е мултидисциплинарна пазарна ниша, която би могла да бъде успешно разработена и наложена на пазара на здравни услуги в България

## 7. СТРУКТУРА И ФУНКЦИОНАЛНА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЦЕНТЪРА ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА.

Във връзка с оценката на качеството и по-специално с концепцията на Донабедиан за оценка на качеството на дейността на лечебните заведения считам за необходимо да се опише структурната и функционалната организация на центъра за интервенционално лечение на болката.

Центърът е ситуиран и асоцииран към Улиниката по неврохирургия на ВМА-София. Решението центърът да бъде част от голямо лечебно заведение е стратегическо предимство, тъй като предполага комплексен подход за задоволяване на индивидуалните нужди на пациента и възможност за своевременна

и адекватна намеса в случаи на възникнали усложнения. Болницата разполага с големи технологични възможности и квалифициран персонал, които е на денонощно разположение в случаи на възникнали усложнения.

Хоспитализацията на пациентите с хронични болкови синдроми се извършва в клиниката по Неврохирургия, като по-голяма част от пациентите се хоспитализират по клинична пътека №210 (периферни и черепно-мозъчни нерви – оперативно лечение).

Към настоящия момент консултативната и амбулаторна дейност на центъра е изнесена в частен медицински център, а именно ДКЦ НЕО-клиник. Предимствата на този вид колаборация са следните:

1. Непосредствена близост до лечебното заведение, в което се извършват самите интервенции.
2. Приятна и комфортна среда за посещаването и обслужването на пациентопотока.
3. Добра организация при посещаването и обслужването на пациентите.
4. Много добре организирана диагностична част, като центърът разполага със собствен ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и лабораторен блок, в които биха могли да бъдат проведени всички необходими изследвания.
5. Тъй като ДКЦ Neo-clinic е частна структура, е възможно широко провеждане на рекламни кампании.
6. Експозиция към по-широк кръг от пациенти, тъй като съответната организация има договорни отношения с почти всички здравни фондове, които са преки участници на българския пазар на здравни услуги.
7. Възможност за организиране на он-лайн консултации чрез системата Healee.
8. Възможност за он-лайн записване на пациенти и менажиране на пациентопотока чрез платформата Супердок с която центърът има договорни отношения.

Всички изброени по-горе предимства правят по-удобна работата с пациентите, разширяват обхвата и дават възможност за провеждането на рекламни и маркетингови кампании. В този ред на мисли може да се каже, че организацията на работата на центъра е хибридна, тъй като обхваща звено за болнична помощ и звено за амбулаторна помощ, които са във функционална колаборация.

Пациентите се приемат в клиниката по Неврохирургия през плановия консултативен кабинет на клиниката, който е ситуиран в поликлиничния сектор на ВМА. След като бъдат приети в клиниката, те подлежат на предоперативни консултативни прегледи, в случай че са необходими такива. Интервенциите за лечение на болката се извършват в планов порядък в условията на операционната зала. За провеждането на интервенциите се използва интраоперативно портативен рентгенов апарат или интраоперативен ултразвук. В определени

случай клиниката не разполага с необходимата апаратура или консумативи, което налага да бъдат осигурени от аутсорсингови фирми. Обикновено болницата сключва договор с аутсорсинговите фирми, които доставят необходимата медицинска апаратура и консумативи. Това налага стойността, обявена от аутсорсинговите фирми да бъде заплатена от пациентите на касата на болницата. Тук трябва да се отбележи, че въпросните консумативи не се покриват от бюджета на НЗОК. Това може да се отчете като сериозен недостатък, но към настоящия момент при действащите нормативни уредби този въпрос остава неразрешим.

Провеждането на подобни интервенции в голямо лечебно заведение се отличава с определени преимущества. Те са от следното естество:

1. Пациентите постъпват в голямо централизирано лечебно заведение, достъпът до което е лесен. Това спомага за повишаването на качеството на услугата. Обикновено лесният достъп е едно от условията една услуга да бъде качествена.
2. Високотехнологичната обезпеченост на болницата позволява подходът към пациента да бъде адаптиран към индивидуалните му нужди.
3. Болницата разполага с широк кръг от висококвалифицирани специалисти, което позволява мултидисциплинарен подход и това е от съществено значение за сигурността и безопасността на пациентите, лекувани в центъра за лечение на болката.
4. Интервенциите се извършват в добре оборудвани и модерно обзаведени операционни зали, което е от значение за качеството на работа.
5. Клиничната пътека, по която се приемат пациентите, позволява по-продължителен следоперативен престой (от порядъка на два дни), което означава по-добро наблюдение на пациентите, следоперативна оценка, провеждане на необходимите консултации и корекция на терапията на пациентите.
6. Възможност за безплатно следоперативно проследяване на пациентите в консултативния кабинет на клиниката, което е от значение за обратната връзка и има отношение към управление на качеството на дейността на центъра.

От казаното до тук се вижда че провеждането на подобни интервенции в голям клиничен център е от съществено значение за сигурността на пациентите и за управлението на качеството на дейностите, провеждани в центъра за интервенционално лечение на болката.

## **8. ПРИЛАГАНЕ НА МАРКЕТИНГОВИЯ ИНСТРУМЕНТАРИУМ В РАБОТАТА НА ЦЕНТЪРА ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА**

**Продуктът** като обект в сферата на здравеопазването е трудно да бъде дефиниран от маркетингова гледна точка. Тази трудност произтича от специфи-



ката на дейностите в здравеопазването, а от друга страна с недобре развития и някак си хаотичен пазар на медицински услуги в България към настоящия момент. Не е за подценяване и факта, че тази дейност трябва да бъде организирана в средата на недобре организирана и лошо функционираща здравна система в страната, ако се съди по индекса на здравния потребител, по който страната е на последно място в Европа. (Вълков, 2010)

Конкретно в нашия случай става въпрос за развитието на една нова пазарна ниша на българския пазар на медицински услуги. Определено продуктът, който се стремим да наложим може да бъде определен като идея и услуга. Идеята е заимствана от развитието на този вид медицински дейности извън границите на страната. Услугата, която се стремим да предложим насочена към пациентите страдащи от хронична болка и този вид услуга се позиционира между консервативното лечение и оперативното лечение на пациентите, като определено има за цел избягването или отсрочването на отворената хирургия, която е свързано с много повече усложнения.

Продуктовото портфолио е значително разширено за сметка на разнообразието на състоянията, които могат да бъдат обект на подобни интервенции, а от друга страна и разнообразието от интервенционални техники които биха могли да бъдат прилагани.

Услугата която предлагаме има два главни компонента: консултативно-терапевтична дейност и лечебно интервенционална дейност.

Консултативно–терапевтичната дейност по своя характер частично се припокрива с дейностите, които се извършват в консултативните кабинети по Неврология и Неврохирургия. Разликата е, че в случая дейността е фокусирана само върху болката, което дава възможност за много по-детайлно разбиране и по-адекватен подход към проблемите на пациента.

Лечебно-интервенционалната дейност се отличава със следните характеристики:

1. Минимално инвазивни интервенции, неналагащи отворена хирургия и оттам по-добър профил на сигурността на пациента.
2. Лесен достъп до услугата, която предлагаме.
3. Сигурността на пациента е на водещо място във визията, която се опитваме да наложим.
4. Стремеж за приложение на интервенции с доказана ефективност и възможност за повторение на тези интервенции във времето.
5. При липса на успех от съответните интервенции сме в състояние да продължим лечението на пациента като приложим целия спектър от оперативни интервенции които прилага конвенционалната Неврохирургия.

Лесният достъп до този вид услуга, сигурността на пациента и ефективността на интервенциите, които предлагаме биха довели до утвърждаване на положителния обществен имидж на центъра, който се опитваме да създадем.

Когато се опитваме да се наложим в определена пазарна ниша и да реализираме на пазара нов продукт, е напълно резонно да предложим и лого на центъра, което илюстрира и визуализира нашата визия и ценности. В този контекст бихме си позволили да приложим следното лого – фигура 4.



Център за Интервенционално  
Лечение на Болката  
ВМА-София

**Фигура 4.** Лого на центъра за интервенционално лечение на болката.

Занапред би могло да се обмисли и регистрирането на търговска марка с логото на центъра, което предлагаме.

**Цената** е паричният израз на стойността на дадена стока или услуга. Тя се определя от търсенето и предлагането на пазара. Факторите, които влияят на ценообразуването са конкуренцията, загубите, печалбите и регулациите от страна на здравната каса и държавата.

По отношение на маркетинга, ценообразуването е от решаващо значение за маркетинговата стратегия по две причини:

1. Цената трябва да възстанови разходите и да даде печалба.
2. Цената трябва да е такава, че пациентите да са готови да я платят.

От чисто икономическа гледна точка може да има няколко вида цени:

- *Рентабилна цена:* цената, под която продажбата на продукта или услугата е невъзможно.
- *Цена на възможния избор:* цената, която клиентът е склонен да даде.
- *Психологическа цена:* цената, която потребителя е склонен да плати при привидно по-високо качество или при привидно по-привлекателна стойност на цифрите, с които е посочена цената, като 5.98 вместо 6.00
- *Пазарна цена,* която се формира при развит пазар и зависи изцяло от търсенето и предлагането.

Тъй като дейността на центъра е консултативна и лечебна, съответно и цените могат да бъдат образувани за тези две главни категории дейности.

Цените на консултативните дейности са близки до пазарните цени, тъй като пазара на медицинските амбулаторни дейности в страната е добре развит. При прегледите в Нео-Клиник цената на преглед от лекар специалист е 50 лева, а цената от хабилитиран лекар е 70 лева. Половината от цената за прегледа се взема от Нео-клиник за разходна част, докато хонорара за специалиста е 50%. Считам, че тази цена е напълно конкурентна спрямо другите частни лечебни заведения, тъй като цената за преглед от специалист стига до 100-120 лева, в болници като Аджибадем – Сити клиник, болница Вита и т.н. Тук трябва да се подчертае, че става въпрос за високоспециализирана дейност и цената за нея е резонна и достъпна за пациентите и пазарно-конкурентна.

За да бъде подходът ориентиран към пациента, за пациенти които са с по-слаби финансови възможности предлагаме и преглед в консултативният кабинет на клиниката по Неврохирургия във ВМА-София с направление за преглед от специалист по здравна каса, като отчитаме прегледа като преглед от Неврохирург. За пациентите, които работят във фирми, които са корпоративни клиенти на здравноосигурителни фондове предлагаме безплатна консултативна помощ, като клиринга на финансовите средства е между фондовете и ДКЦ-Нео-Клиник и се отчита хонорар за консултиращия специалист. В контекста на гореказаното считам, че цената на прегледите в центъра е пазарна и се определя изцяло от търсенето и предлагането.

За интервенциите, които се провеждат в условията на операционна зала е необходимо пациентите да бъдат хоспитализирани и наблюдавани. При формирането на цената на тези услуги има два компонента: част, която здравната каса заплаща и ко-пеймънт от страна на пациента. Това е наложително, тъй като за този вид дейност е необходима апаратура и консумативи с които болницата не разполага (не желае да закупи или няма възможност да закупи) и консумативи с висока стойност, които не се поемат от здравната каса. Обикновено за този тип процедури пациентите се приемат по клинична пътека 210 – периферни и черепно-мозъчни нерви – оперативно лечение, като интервенциите се извършват по процедура с код 04.03 (разсичане или авулзия на прериферни нерви). Цената, която здравната каса заплаща на болницата, е 935 лева. Около 40% от стойността на пътеката се усвоява, като допълнително материално стимулиране и се начислява към заплатите на персонала, участващ в изпълнението на интервенциите.

По-сложен остава въпросът с цената на използваната апаратура и консумативи. Апаратурата се предоставя от аутсорсингови фирми, които са преминали през формален търг в болницата и предоставят „безвъзмездно“ апаратура като радиочестотни генератори, апарати за крио-нерролиза и др., като пациентите заплащат консумативите за тези апарати по цени, предложени от фирмите. В интерес на пациентите сме се договорили с фирмите цената, която заплаща пациента да е 950 лева за консуматив, независимо какво ще се използва.

От казаното до тук е видно, че сумарната цена е 1885 лева като 50% от цената се заплаща от пациента. Този вид ценообразуване може да бъде охарактеризирано като цена на възможния избор. На фона на цените в някои европейски държави стойността на този вид услуга е ниска, тъй като пациента заплаща само 950 лв., което е еквивалента на 485 евро. За реалностите в България за някои социални групи това може да се окаже висока цена. От друга страна считам, че ценообразуването на доставчиците на медицинска апаратура е непрозрачно и би могло да се обсъждат начини за намаляване на цената, което е в интерес на пациентите, така че услугата да е насочена към пациента и стойността като полза за пациента да бъде по-висока.

**Пласментът** представлява придвижване и разпределение на продуктите по пътя от производителя до крайния потребител, при което продуктите се превръщат в стока. Пласментните стратегии биват няколко вида според характера на връзките между производителя и посредника. Една от пласментните стратегии, например, е предоставянето на ексклузивни права, при което производителят дава стоката на един посредник. Тази пласментна стратегия се използва при промотирането на нови стоки и услуги. Други пласментни стратегии са селективния ограничен пласмент, при който продуктът се предоставя на няколко разпространителя и благодарение на конкурентните взаимоотношения между тях се постига по-високо ниво на продажбите. При екстензивния пласмент продуктът се предоставя на широк кръг от разпространители.

Пласментният микс включва каналите за пласмент, системите за пласмент, както и средствата и формите за пласмент.

Конкретно в нашия случай предоставяме здравна услуга, която в процеса на пласирането се превръща в стока. Характерно в този случай е, че пласментният поток е обърнат, тъй като интервенциите се извършват в голям болничен център, в който се насочва поток от амбулаторни пациенти и в случая пласмента на услугата са амбулаторните звена, в които се привличат пациентите. Анализирайки начина на пласмент на услугата, може да се заключи, че стратегията по която се пласира услугата, се доближава до предоставянето на ексклузивни права. Ексклузивните права за пласмента са предоставени на Нео-Клиник, която се отличава с добре развита амбулаторна структура, разположена е на централно място и е менажирана като звено в което се пресичат голям брой пациентопотоци, насочени към широк кръг от специалисти. От друга страна, Нео-клиник има договорни взаимоотношения с всички здравни фондове, които са на българския пазар на застрахователни и медицински услуги. Централното разположение на въпросната структура, лесната достъпност, привличането на голям брой пациенти и договорните взаимоотношения със здравните фондове, правят работната среда подходяща за предоставянето

на нов тип медицинска услуга, каквато в случая е интервенционалното лечение на болката.

Когато се обсъжда проблемът за пласментния микс, обикновено се имат предвид няколко пласментни канала, както и различни способи на менажиране на пациентопотоците. За по-голяма пълнота ние даваме възможност и за прегледи и консултации на пациенти, постъпващи с направления от НЗОК. За тази цел е на разположение консултативният кабинет на клиниката по Неврохирургия, разположен в поликлиниката на ВМА, където се извършва консултиране на пациенти с неврохирургични заболявания, в това число и пациенти с хронична болка.

От гореспоменатите факти може да се направи извода, че благодарение на така подобрения пласментен микс, се постига експозиция към широк кръг от пациенти, които се насочват към звеното, в което се извършват оперативните интервенции.

Проследяването на пациентите е важен елемент от системата за контрол на качеството и за тази цел те се насочват към специализирания кабинет за проследяване на пациентите в клиниката по неврохирургия в стационарния сектор на ВМА.

**Комуникациите** са основно звено в маркетинговия микс и те имат пряко отношение към промоция на дейността. Комуникацията е ефективен начин за представяне на дейността пред таргетните групи пациенти и може да бъде използвана за повишаването на репутацията и имиджа на организацията, предоставяща услугите и да служи за подходяща среда за развитието на бизнеса.

Комуникационните канали, използвани от центъра за интервенционално лечение на болката, са следните:

1. Създаване на мрежа от рефериращи лекари, които да колаборират с центъра и да насочват пациенти, както и да участват в проследяването на пациентите.
2. Използването на платформата Супердок за записване на пациенти и за менажиране на пациентопотока към отделните лекари.
3. Създадени web страници на ВМА София, ДКЦ Неоклиник, и персонални уеб страници на лекари, работещи за центъра.
4. Рекламни кампании в печатни медицински и пациентски издания.
5. Участие и презентации във форуми на невролози и общопрактикуващи лекари, които впоследствие биха могли да бъдат източници за рефериране на пациенти.
6. Провеждането на безплатни прегледи и консултации няколко пъти годишно с оглед промоция на дейността на центъра.

Занапред би могло да бъде обсъждано създаването на *блог* на центъра за интервенционално лечение на болката, в които да бъдат обсъждани различни

проблеми на достъпен език с пациентите. Също така може да се обмисли и създаването на *Youtube* канал, на който да се промотира дейността на центъра. Рекламата в социалните медии като *Facebook*, *Twitter* и *Pinterest* би могла да бъде ефективно средство за промоция на дейността на центъра, за провеждането на рекламни кампании и за получаването на обратна връзка от пациентите.

## 9. ПРИЛАГАНЕ НА SWOT АНАЛИЗ ПРИ ИЗГРАЖДАНЕТО НА СТРАТЕГИЧЕСКА МАРКЕТИНГОВА КОНЦЕПЦИЯ НА ЦЕНТЪРА ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА

Много фактори трябва да бъдат взети под внимание при вземането на стратегически решения. SWOT анализът е рамка за вземане на решения, фокусирани върху стратегически важни елементи. Четирите основни елемента от SWOT анализа описват дали един аспект от решението е отрицателен или положителен и дали е външен или вътрешен за организацията. Провеждането на цялостен SWOT анализ може да бъде гръбнакът на стратегическото планиране. Четирите основни категории на SWOT анализа могат да бъдат подредени в матрица 2x2. За провеждането на един стойностен SWOT анализ е от особено значение да бъдат формулирани правилните въпроси. Като илюстративен пример може да се даде таблица 2.

Таблица 2. Същност и основни категорични признаци на SWOT анализа

SWOT анализ		ВЪНШНА СРЕДА	
		T (threats) Заплахи	O (opportunities) Възможности
ВЪТРЕШНА СРЕДА	S (strengths) Силни страни	Използване на силните страни за неутрализиране на рисковете	Използване на силните страни за създаване на възможности
	W (weaknesses) Слаби страни	Избягване на заплахите чрез минимизиране на слабите страни	Използване на възможности чрез минимизиране на слабите страни

Силните страни при така направената организация на центъра са следните:

- Работи се с нови теоретични концепции и нови технологии, които са „cutting edge“ в съвременната практика при лечението на болката.

- Дейността на центъра е фокусирана директно към лечението на болката, благодарение на което дейността ни е по-добре адаптирана към конкретните потребности на пациентите.
- Благодарение на организацията на дейността ни, сигурността на пациента е на водещо място в нашите ценности.
- Вследствие на мутуалистичните взаимоотношения с Neo-clinic постигаме по-добра пазарна експозиция и обхващаме по-широк кръг от пациенти.
- Двете основни сгради амбулаторната (в случая Neo-clinic) и клиничната (в случая ВМА) са разположени на централни локации с добра комуникационна инфраструктура, което прави достъпа на пациенти лесен.
- Двете лечебни заведения, с които е обвързан центъра, са с добър обществен имидж.

**Слабите страни са следните:**

- Обвързаност с други лечебни заведения (в конкретния случай Neo-clinic).
- Обвързаност с аутсорсингови фирми, доставчици на медицинска апаратура и медицински консумативи, които преследват максимална печалба.
- Цената в парично изражение, заплащана от пациентите, е висока и незаслужена при положение, че те са здравно осигурени.
- Поради централизацията на мениджмънта във ВМА понякога гъвкавостта при вземането на рекламни и пазарни решения е силно затруднена.
- Авторитарния тип на ръководене на клиниките в повечето държавни болници оказва затруднения в този тип дейност и се налага съобразяване с оперативната програма на клиниката или други текущи приоритетни дейности.

**Заплахите са следните:**

- Негативното отношение на някои колеги и клиници към този вид дейност. Причината е, че те са ориентирани изцяло към отворена хирургия, докато колегите от терапевтичните специалности не познават новите методи за интервенционално лечение на болката.
- Размиване на потока от пациенти поради появата на много нови клиници, практикуващи неврохирургична дейност, така напр. в почти всеки окръжен град има по две неврохирургични клиници.
- Поява на нови центрове, практикуващи подобен вид дейност.
- Непрекъсната промяна на политиката на НЗОК по отношение на някои дейности и клинични пътеки, което от своя страна е реална заплаха за спиране на финансирането от страна на НЗОК за подобен вид дейности.
- Промяна на портфолиото и ценовата листа на фирмите доставчици на медицинска апаратура, което води до повишаване на цената, която пациентите заплащат и е реална заплаха за дейността на центъра.

**Възможностите** за развитие на този вид дейност са следните:

- Международна сертификация на лекарите от World institute of pain и защита на международно признатата титла Fellow of interventional pain practice.
- Сертификация на центъра по ISO 9001 или от международно призната агенция за контрол на качеството.
- Регистрация на фондация за лечение на болката, което би допринесло дейността на центъра да бъде тясно ориентирана съгласно нуждите на пациента.
- Проектно финансиране за закупуването на апаратура, което би намалило цената на услугата и би увеличило достъпа на пациентите до този вид дейност.
- Регистрация на търговска фирма и внос на консумативи за интервенционно лечение на болката, което също така би намалило финансовото изразяване на услугата.

## **10. ПРИЛОЖЕНИЕ НА КОНЦЕПЦИИТЕ ЗА КОНТРОЛ НА КАЧЕСТВОТО В ЦЕНТЪРА ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА**

### **10.1. Качество на структурата**

Към настоящия момент в страната не съществува друг център за интервенционно лечение на болката. Такъв вид интервенции се практикуват в лечебни заведения от многопрофилен тип (ВМА, УМБАЛ „Св.Иван Рилски“, МБАЛ „Гръбначен център“, МБАЛ „Св. София“ и болница „Вита“). Това определя зависимостта на лечебните единици от цялостната организационна структура на болниците, а също така от наличието на квалифицирани специалисти с интерес, насочен към този вид дейности, както и с финансовия ресурс, с който съответната болница разполага. За извършването на качествени интервенционни процедури за лечение на болката са необходими следните фактори:

- а. Постоянен достъп до специализиран кабинет за лечение на болката;
- б. Постоянен достъп до съвременна невро-изобразителна техника;
- в. Леглова база за постоперативно наблюдение на пациентите;
- г. Операционна зала оборудвана с рентген трансперантна операционна маса;
- д. Подвижен флуороскопски апарат за анатомичен контрол по време на процедурите;
- е. Наличие на съвременен радиочестотен генератор с различни модалности на работа.

По отношение на изискванията на персонала, те са посочени в изискванията за изпълнение на клинична пътека №210 от НРД – периферни и черепно-мозъчни нерви – хирургично лечение. Клиничната пътека може да бъде



изпълнявана от лекар със специалност по Неврохирургия в сътрудничество с ортопед, невролог, анестезиолог и специалист по образна диагностика. Тясната специализация по интервенционално лечение на болката се придобива след завършени курсове в тази област, които се ръководят от специалисти по гръбначна хирургия или други специалисти, профилирани в тази област. Понастоящем значителна част от обучението по интервенционално лечение на болката се извършва от фирмите производители и доставчици на иновативни технологии в тази област в рамките на кратковременни курсове. Съвременният и спешно необходим подход е създаването на програма за субспециализация в тази област. От друга страна, основен недостатък в тази дейност, който е причина за ниско качество на услугата и продукта е аутсорсинга на апаратура от различни външни фирми, което е значителна предпоставка за ниска общодостъпност на този вид интервенции и повишаването на цената на крайния продукт.

## **10.2. Качество на процеса**

Качеството на процеса обхваща мероприятията, които се осъществяват или не в хода на лечебния процес. За интервенционално лечение на болката мероприятията са частично описани в медицинските стандарти по Неврохирургия, които са недостатъчни и нерелевантни на съвременното състояние на проблема. Като основен фактор, влияещ на качеството на процеса в този вид дейност, трябва да се вземат гайдлайни на различни международни дружества, базирани на висок клас проучвания и евиденс бейс данни. Всичко това налага доработването на стандартите в най-скоро време с коригиране на пропуските.

## **10.3. Качество на резултатите**

Качеството на резултатите от интервенционалното лечение на болката е най-важната основа за оценка на вложените усилия. Същевременно то представлява най-трудоемкият компонент за оценка на качеството в гръбначната хирургия и интервенционалното лечение на болката.

Неговите най-важни аспекти са:

### **А. Оценка на качеството на диагностика на заболяванията, които са обект на интервенционално лечение на болката.**

Качеството на диагностиката на гръбначните и някои неврологични и онкологични заболявания се определя от: Апаратното и технологично оборудване на болницата, в която е разположен центъра за интервенционално лечение на болката. Обикновено тук се включват звената за образна диагностика, електрофизиологична лаборатория за диагностика на заболяванията на периферната нервна система. Също така от особено значение е и квалификацията на персонала работещ с тази апаратура.

## **Б. Оценка на резултатите от проведената интервенция.**

Прави се оценка на функционалното състояние на пациента и качеството на живот. Това се извършва чрез използването на скали за оценка на болковия интензитет, функционалното състояние и емоционалното състояние на пациентите. Прави се сравнение на входните показатели с тези след оперативното лечение в определени срокове – непосредствено след интервенцията, на първия, на третия и шестия месец след интервенцията.

Четворна зрителна аналогова скала (Quadruple Visual Analog Scale) за оценка на интензитета на болката. Приложението на зрителна аналогова скала (VAS) е за предпочитане пред Зрителната цифрова скала (VDS), защото наличието на точки с цифри по скалата „препрограмира“, отговорите на пациентите. Същевременно приложението на Четворната зрителна аналогова скала елиминира доминирането на момента, в който се извършва изследването, а носи информация от исторически характер – средното ниво на болката, болката в най-лошите и най-добрите моменти от заболяването. Елиминира се деформацията на отговорите от скорошното приемане на медикаменти, повлияващи нивото на болката. (Faiz 2014)

Oswestry въпросник за болката (Oswestry Disability Index) – за оценка на въздействието на болката върху различни аспекти – 10 на брой от ежедневието на пациента, които определят качеството на живот и повлияването му от заболяването. (Fairbank 2014)

Въпросник за шийната болка (Neck disability index) – представлява адаптиране на Въпросника на Oswestry за приложение при заболявания на шийния гръбнак. (Vernon 2008)

Оценка на нивата на тревожност и депресията, причинени от болката.

Всеки страдащ пациент изпитва различни нива на тревожност и депресивност, които оказват влияние върху болковата перцептивност, така и на очакванията за резултати от проведеното лечение. Определянето на прединтервенционалните нива дава насоката за евентуалното лечение на това състояние, както и последващото им контролиране при последващите прегледи. Съществуват множество психиатрични скали за определяне, но най-широко използваната в общата медицинска практика е Болничната скала за оценка на тревожността и депресията (Hospital Anxiety and Depression Scale). При нея с две под-скали за тревожността и депресията се определят три подгрупи – нормални, гранични състояния и клинично изявени депресии, налагащи психиатрична консултация и лечение. Същевременно, при положително развитие на заболяването по другите параметри на оценка, настъпва подобряване на тревожността и депресията при пациентите, което също ще изисква редуциране на съответната терапия. (Breeman et al. 2015)

**В. Оценка на заключителното и обобщаващо впечатление на пациентите от качеството на предлаганите услуги в единицата за интервенцио-**

**нално лечение на болката** (болничните условия, обслужване от медицинския персонал, впечатления от взаимоотношенията между медицински персонал и пациента и придружаващите лица, склонността към корупция сред персонала и т.н.). Извършва се от анонимно попълнен въпросник в деня на изписването на пациента.

Субектите осигуряващи качеството на интервенционалното лечение на болката са:

- Вътрешни: лице (комисия), осигуряващи качество в рамките на болницата или единицата, осигуряваща интервенционалното лечение на болката.
- Външни
  - НЗОК – при проверките за лечебна дейност по съответната клинична пътека.
  - Специализираните научни дружества по неврохирургия, неврология за спазване на съответните стандарти и гайдлайни.
  - Пациентски организации.
  - Медицинската общественост.

Оценката на качеството на резултатите и тяхното публикуване на научни форуми и в научни списания или осъществяването на обратна връзка с рефериращите пациентите структури – лечебни заведения за извънболнична помощ има мощен рекламен и маркетингов ефект на пазара на здравни услуги.

Целта на настоящото изложение е качеството да се измерва в определени области – на първо място – лечебния процес, следван от сестринските грижи, храненето и хотелското обслужване.

Мотивацията на персонала, осигуряваща качеството на интервенционалното лечение на болката е на първо място мотивацията на преките изпълнители на диагностичните и оперативни интервенции. Демотивиращите фактори са общите демотивиращи фактори в българското здравеопазване – източен манталитет, избягване на допълнителните усилия, пропуски в обучението и са характерни за персонала от по ниските изпълнителски нива.

## **11. МИСИЯ, ВИЗИЯ И ЦЕННОСТИ НА ЦЕНТЪРА ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛКАТА**

**Мисия:** да се осигури навременно, адекватно и качествено лечение на пациентите с хронична болка съгласно съвременните практики и медицински стандарти.

**Визия:** да се утвърдим като водещ център в страната чрез непрекъснато повишаване на квалификацията на работещите в центъра и внедряване на съвременните технологични достижения и медицински технологии в тази област.

**Ценности:** индивидуален подход, съобразен с нуждите на пациента. Осигуряването на референтни консултации на пациентите съгласно критериите за Evidence based medicine и последните проучвания в съответната област. Квалификация на лекарите, работещи в центъра съобразно най-добрите стандарти и практики в Европа. Непрекъснат контрол на качеството.

## 12. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото проучване потвърждава, че в чисто икономически смисъл е възможно съществуването на център за интервенционално лечение на болката при сегашните обществено-икономически условия в страната и при настоящата уредба на здравната система. Разбира се, в случая става въпрос за налагането на един нов продукт и за запълването на една нова пазарна ниша, на фона на недобре функционираща здравна система в страната, което поражда значителни трудности.

Въпреки казаното дотук, така създадения център продължава да функционира и да генерира печалба. Удовлетвореността на пациентите е добра, ако се съди по рейтинга и отзивите в системата Супердок. Нашите първоначални впечатления са, че определено има интерес от страна на пациентите и рефериращите лекари към дейността, която се стремим да развиваме.

### **Силните страни на настоящото проучване са следните:**

- Прилага чисто маркетингов подход за изграждане на стратегия на центъра.
- Използвани са четирите основни елемента на маркетинговия инструментариум, а именно концепцията маркетингов микс – 4Ps.
- Ясно са формулирани мисията визията и ценностите на центъра за интервенционалното лечение на болката.
- Стратегическата визия за развитие на центъра е изградена на базата на прилагането на SWOT анализа.
- Приложени са основните теоретични концепции за контрол на качеството, а именно концепцията на Донабедиан и Максвел.

### **Слабите страни и недостатъците на проучването са следните:**

- Не е разгледана дейността на центъра в светлината на цялостния маркетингов инструментариум, а именно 7 Ps маркетингов микс, което би довело до пропуски и грешни насоки при изграждането на цялостната маркетингова стратегия.
- Проучването не предоставя цифри и показатели, чрез които да се получи ясна картина и икономическа обосновка на съществуването на подобен тип център. Към настоящия момент центърът съществува благодарение на капацитета на ВМА и от друга страна на пазарно ориентираната амбулатория Neo clinic.

- Липсва времева динамика на чисто икономически показатели, стойности, трендове, които да дадат реална представа как се развива този бизнес.
- Субективизъм и пристрастност на автора при поставянето на изследователските задачи и субективизъм при формулирането на въпросите, на които трябва да отговори SWOT анализа, което създава определено „подвеждане“ при създаването на цялостната стратегия.

### **Бъдещи насоки за развитие:**

- Центърът за интервенционално лечение на болката, трябва да бъде ситуиран в голяма централна многопрофилна болница с гъвкав мениджмънт и с широка пазарна експозиция. Безспорно е необходимо да се използва ресурсът, който би могъл да се получи от здравната каса и тази дейност да бъде административно адаптирана към определена клинична пътека. Пазарната експозиция на лечебното заведение трябва да бъде широка, като да обхване здравна каса, здравно-осигурителни фондове, частни прегледи, пациентски организации и т.н. Болничното заведение е необходимо да има PR отдел и маркетингови специалисти, които да поемат рекламните и маркетингови кампании на центъра. Многопрофилността на болничното заведение би гарантирало по-голяма сигурност на пациента и позволява подход, адаптиран към нуждите на пациента.
- Необходимо е използването на допълнително финансиране на дейността под формата на филантропско финансиране, регистриране на фондация, проектно финансиране и други алтернативни форми на финансиране. Това би довело до намаляване на цената, която пациента заплаща, подобряване на качеството на услугата и взаимно създаване на стойност, която би била от полза изцяло за пациента.
- Би могло да се обсъжда създаването на фирма вносител на апаратура и консумативи за интервенционално лечение на болката. Това би довело до по-добро и по-тясно проучване на пазара, на който се предлага апаратура и консумативи за този вид дейност. От друга страна се избягва посредничеството на аутсорсингови фирми, които се стремят към максимална печалба и в стремежа си да останат на пазара повлияват болничните ръководства в техен интерес. Всичко това не е в интерес на пациента и трябва на всяка цена да бъде избягвано.
- Сертификация на центъра съгласно системите за управление на качеството, като например ISO 9001 или чрез сертификационни агенции. Непрекъснато обучение на лекарите с насоченост конкретно в тази област и сертификация съгласно стандартите на World Institute of Pain (WIP) и по възможност придобиване на титлата Fellow of Interventional Pain Practice.
- Усъвършенстване и развитие на комуникационните канали съгласно развитието на съвременните технологии, така че посланията за мисия, визия

и ценности на центъра да достигнат до пациентите. Това би повишило имиджа на центъра и би се получила добра обратна връзка, така че работата на центъра да бъде адаптирана към изискванията на пациентите.

Придържането на политиката на развитие към горепосочените основни пунктове би подобрило работата на центъра за интервенционално лечение на болката и би спомогнало за съвместното създаване на стойности и ценности които биха изцяло в полза на пациентите.

### Използвана литература

1. Александров А. Модел за осигуряване на качеството на лечебната дейност на МБАЛ-София на ВМА. Дисертационен труд. ВМА-София, 2014.
2. Български Лекарски Съюз. *Национален Рамков Договор*. София, 2018.
3. Вълков, А. Стратегическо управление на лечебните заведения. Клиентите във фокуса на здравните мениджъри. “Авангард Прима”, София, 2010.
4. Вълков, А. Ефективността в управлението на лечебните заведения. *Икономическа мисъл*: 3, 2010
5. Вълков, А. Десет грешки при използване на SWOT-анализа в стратегическото маркетингово планиране в лечебните заведения. *Икономически алтернативи*, бр.1, 2010, стр. 111-121
6. Вълков, А. Маркетингов подход в управлението на качеството на здравните услуги. *Здравна икономика и мениджмънт* 1, 2010
7. Вълков, А. Пазарна трансформация на социално-културната сфера: от равни права към неравни възможности // *Политическата мисъл на XX-век – поуки за България*, С.: „Авангард-Прима”, 2006, 199-214
8. Вълков, А. Конкурентоспособност на публичните многопрофилни болници: концепция, показатели и стратегии за подобряване на конкурентните позиции. *Икономически алтернативи*, бр.3, (80), 2007 с. 34-56
9. Гаврилов, С., А Янакиева, А Воденичарова. *Маркетинг в Здравеопазването*. “Класика и Стил”, София, 2018.
10. Горчилова, Д. *Управление на нестопанските организации*. С.: „АвангардПрима”, 2010
11. Делчева Е. *Здравна икономика*, УИ “Стопанство”, София, 2011.
12. Делчева, Е. *Повишаване на конкурентоспособността на здравеопазването*. „Авангард Прима”, София, 2009.
13. Дракръ, П. *Управление на организациите с идеална цел – принципи и практика*. С.: Фондация „София”, СБФС, 1997.
14. Дуранкев, Б. *Маркетинг на потребителските стоки и услуги*. София, 2003.
15. Димитров И., И. Баташки, Д. Шопов, Д. Танева, Р. Стефанов, *Модел за управление на качеството на болничното обслужване, Здравна политика и мениджмънт*, 4, 2009
16. Зиновиева, Д., П. Салчев. *Правата на пациента*. С., Ciela, 1998.

17. Институт отворено общество. Неформални плащания в системата на здравеопазването. Доклад. Институт „Отворено общество“, София, 2009.
18. Костадинова, Т., МРохова. Маркетинг в здравеопазването “Университетско издателство МУ Варна“, В., 2016.
19. Котлър, Ф., А. Андреасен .Стратегически маркетинг за нестопанските организации. “Класика и стил”, София, 2005.
20. Котлър, Ф., Д. Каслионе. Хаотика. Мениджмънт и маркетинг в епохата на турбулентността. С.: „Locus“, 2009.
21. Котлър, Ф. За маркетинга. Как да създаваме, печелим и управляваме пазарите. С., “Класика и стил”, 2000
22. Куерво, Х., Ж. Варела, Р. Беленес. Управление на болницата. С., Македония прес, 1998.
23. Левит, Т. Тед Левит за маркетинга. София, ИК „Класика и стил“, 2009.
24. Младенов, Р. Маркетингов подход в болничния мениджмънт. Дисертационен труд, МУ-София, 2016.
25. Стоев И. Управление на качеството в спиналната хирургия. Дипломен проект. ВМА-София, 2009.
26. Ставрев, Св., А. Вълков. Основи на управлението на публичния сектор. Въведени, схеми, въпроси, текстове. С.: „Парадигма“, 2008.
27. Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum* 2017;**52**:377–86.
28. Beckford J. *Quality*. Taylor & Francis Routledge, 2003.
29. Berkowitz., E. Essentials of Health Care Marketing. Aspen Publ.,1996.
30. Berkowitz, E. N. Essentials of Health Care Marketing, 3-rd ed. Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 2010
31. Berkowitz, E. N., St. G. Hillestad. Health Care Market Strategy: from planning to action. 3-rd ed., Jones and Bartlett, 2004.
32. Breeman S, Cotton S, Fielding S *et al*. Normative data for the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res* 2015;**24**:391–8.
33. Breivik H., B. Collett, R. Cohen, D. Gallacher. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact of daily life and treatment. *European Journal of Pain*. 2006; 10: 287-333.
34. Chambers SB. Operationalizing strategic marketing. *NLN Publ*. 1989 May;(15-2282):79-124.
35. Cheatle MD. Biopsychosocial Approach to Assessing and Managing Patients with Chronic Pain. *Med Clin North Am*. 2016 Jan;100(1):43-53.
36. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* 2005;**83**:691–729.
37. Fairbank JCT. Oswestry disability index. *J Neurosurg Spine* 2014;**20**:239–41.
38. Faiz KW. [VAS--visual analog scale]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2014;**134**:323.
39. Foster E. British Pain Society. Adult chronic pain management services in UK.

- [www.britishpainsociety.org/dr\\_foster.pdf](http://www.britishpainsociety.org/dr_foster.pdf)
40. Gupta S., M. Gupta, S. Nath, M. Hess. Survey of European Pain Medicine Practice. *Pain Physician*, 2012; 15: E983-E994.
  41. Kennett PA, Henson SW, Crow SM, Hartman SJ. Key tasks in healthcare marketing: assessing importance and current level of knowledge. *J Health Hum Serv Adm.* 2005 Spring;27(4):414-27.
  42. Kotler, Ph., R. Clark. *Marketing Health Care Organizations*. Prentice Hall, 1987.
  43. Kotler, Ph., N. Roberto, N. Lee. *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. 2-nd ed. Sage Publications, 2002.
  44. Kotler, Ph., N. Lee. *Marketing in the public sector: a roadmap for improved performance*. Wharton School Publ., 2007
  45. Kotler, Ph., N. Lee. *Corporate social responsibility: doing the most good for your company and your cause*. John Wiley & Sons, 2005
  46. Latham J., B. Davis. Socio-economic impact of chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 1994; Vol 16, №1, 39-40.
  47. Malec M, Shega JW. Pain management in the elderly. *Med Clin North Am* 2015;99:337-50.
  48. Maar SP. Healthcare marketing liability: avoiding possible pitfalls. *J Nurs Adm.* 2004 Nov;34(11):520-3.
  49. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Qual Saf Heal Care* 1992;1:171-7.
  50. Mintzberg, H. *The Rise and Fall of Strategic Planning*. Free Press, N.Y., 1994.
  51. Moseley, G. *Managing Health Care Business Strategy*. Jones & Bartlett Publishers, 2008.
  52. Mykolo Romerio universitetat A. Success factors for quality management systems: certification benefits. *Intellect Econ* 2010;2:30-8.
  53. National Institute of Health. *Chronic pain: hope through research*. Publication 82-2406. Bethesda, 1982
  54. Sheikh K. Occupational injury, chronic low back pain and return to work. *Public health* 1987; 101: 417-425.
  55. Porter, M. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. Free Press: N.Y., 1998.
  56. Porter, M. What is Strategy? // *Harvard Business Review*, Nov.-Dec. 1996, pp. 61-78
  57. Porter, M., E. Teisberg, G. Brown. Making Competition in Health Care Work. // *Harvard Business Review*, July-August, 1994, 131-141.
  58. Porter, M., M. Kramer. (2006). *Strategy and Society: The Link Between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility* // *Harvard Business Review*, December, 2006, pp. 78-93
  59. Redmond WH. Marketing fundamentals. *Occup Med.* 2001 Jul-Sep;16(3):471-81.
  60. Richard K. Thomas. *Marketing health services*. Health Administration Press,



Chicago, 2008.

61. Thomas, R. Health Services Marketing. A Practitioner's Guide. Springer,2008.
62. Thomas, R., M. Calhoun. Marketing Matters: A Guide for Healthcare Executives. Chicago: Health Administration Press,2007.
63. Vernon H. The Neck Disability Index: state-of-the-art, 1991-2008. *J Manipulative Physiol Ther* 2008;**31**:491–502.
64. Zhou Y, Furgang FA, Zhang Y. Quality assurance for interventional pain management procedures. *Pain Physician* 2006;**9**:107–14.
65. Zweifel P. Competition in the healthcare sector: a missing dimension. *Eur J Health Econ.* 2017 Mar;**18**(2):135-138.

---

## MARKETING STRATEGY OF AN INTERVENTIONAL PAIN MANAGEMENT CENTRE

---

**Todor Shamov**

**Abstract:** Chronic pain is a problem of modern society and is a significant burden associated with reduced labour productivity, increased expenditure of public funds and is a burden on the social and health insurance systems of developed countries. Interventional pain management is a relatively new interdisciplinary, hybrid medical specialty that has emerged in the last 20 years.

Currently, there is no stand-alone centre for interventional pain management in the country. In 2018, a project was launched to establish a centre for interventional pain management at one of the private medical institutions in Sofia. The project involved specialists in neurosurgery, anaesthesiology and resuscitation, rehabilitation, managers and importers of medical equipment. The main idea was to unite the work of doctors interested in this field, private medical institutions and importers of medical equipment. The ultimate goal was to occupy this new market niche for the country and to meet the needs of patients by presenting this new healthcare service for the country.

**Keywords:** pain management, pain management center, marketing

# СЪЗДАВАНЕ НА ИНОВАТИВНО ПРЕДПРИЯТИЕ ЗА КАПСУЛНА ЕНДОСКОПИЯ

Иван Лютаков<sup>1</sup>

*Научен ръководител: доц. д-р Костадин Коларов*

*Рецензент: доц. д-р Александър Вълков*

**Резюме:** Ендоскопските изследвания в гастроентерологията са рутинни изследвания, чрез които посредством апарат (ендоскоп) се достига до стомаха, дванадесетопръстника или дебелото черво. Капсулната ендоскопия е метод за диагностика посредством поглъщане на електронно механично медицинско устройство, което достига до тънкото черво.

В момента на пазара съществуват няколко вида медицински устройства, които разполагат с камера за възпроизвеждане на видеообрази, други капсулни ендоскопии измерват рН на гастроинтестиналния тракт, трети измерват наличието на кръв по гастроинтестиналния тракт. Capsibo има за цел да революционизира начина, по който се получават проби за анализ на тънкочревно съдържимо. Използвайки електрониката и машинното инженерство, ние ще произведем неинвазивна и рентабилна капсула за аспирация на течност от тънките черва.

**Ключови думи:** гастроентерология, капсулна ендоскопия, иновативно предприятие

## КАПСИБО ООД / Capsibo Ltd.

София Тех Парк  
София, България  
Тел: + 359878813841, +359898474530  
E-Mail: [robotev@robotev.com](mailto:robotev@robotev.com)



<sup>1</sup> Д-р Иван Лютаков ([ivan.lutakov@gmail.com](mailto:ivan.lutakov@gmail.com)) е гастроентеролог в УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ". Има защитена дисертация на тема „Микроскопски колит и биомаркери за малабсорбция на жлъчни киселини“. В момента е асистент към Катедра по гастроентерология на Медицински Университет, София. Преди три години основава старт-ъп компания за разработване на иновативен медицински продукт за капсулна ендоскопия, която да достига до тънките черва и аспирира течност за диагностициране на тънкочревен бактериален свръхрастеж. Печели стипендия от фондация „Карол Знание“ за „Предприемачи в науката“. Компанията му разработва прототип и има заявка за патент. В момента подготвят технологията за следващата фаза за тестове върху животински модели.

## 1. СЪЗДАВАНЕ НА СТАРТ-ЪП

Днес производители и търговци са изправени пред няколко големи предизвикателства. На първо място, продуктите от дадена категория толкова много си приличат по характеристики и дизайн (без значение дали става дума за кисело мляко, телевизори или автомобили), че е почти без значение какво ще изберете<sup>2</sup>. На второ място, с увеличаване използването на интернет, клиентите стават все по-информирани, но и дезинформирани от различни „експерти“, които убедително разпространяват уличаваща информация. Само за илюстрация, през 2006 г. компютърният гигант Dell преживя тежки времена след публикуване в YouTube на видеоклип как батерията на лаптоп се самозапалва.

Проблемите идват от това, че много млади предприемачи не знаят от къде да започнат. В интернет има много източни и учебници, за това какво е предприемачество. Непрекъснатото „отваряне“ на нови пазарни ниши е поле за изява на повече или по-малко мащабна предприемаческа дейност, насочена селективно към изискванията на развиващия се свят<sup>3</sup>. Основната цел на повечето предприемачи и стартиращи компании да открият бързо финансиране в ранните фази и след това, колко бързо ще успеят да достигнат до момента, в който са на печалба и компанията ще може сама да се издържа.

Постигането на икономически растеж не е единствената роля на предприемаческата дейност и отделните предприемачи. Много важна е тяхната роля при изграждането и развитието на значими ценности в обществото като развитие на творческата активност; поемането на инициатива и риск; култивиране на самоотговорност; саморазвитие и самореализация.

През призмата на текущите събития през 2022 г., най-важното нещо е да се намери най-точното време за стартиране на бизнес с правилната ниша. Ковид ситуацията и войната в Украйна доста променят пазара и текущите възможности. Особено пандемията отвори възможности за доста бизнес модели, които нормално не биха били възможни преди „Lockdown“. Всички лаборатории за Ковид тестове, вносители и производители на маски, ръкавици, медицинска апаратура са на голяма печалба и това трябва се анализира от всички стартиращи компании в момента.

От опита на нашата стартираща компания ще споделим няколко съвета и наблюдения, до които успяхме да достигнем след много работа и доста отделено свободно време.

А) *Трябва ви добра идея с потенциал за растеж.* Ако искате да се създаде иновативен бизнес, трябва идеята да има възможност да се разраства в други държави и да прави голям оборот.

<sup>2</sup> Димитров С. Практични бизнес съвети Ръководство за предприемачи, мениджъри и хора със свободни професии. 2018

<sup>3</sup> Тодоров, К., Дамянов, А., Коларов, К., et al. Ръководство по маркетинг за стартиране на собствен бизнес. Министерство на отбраната, 2004

Б) *Екипът е едно от най-важните неща.* Ако ви липсват нужните компетенции в създаването на отбор, който ще докара продукта до пазара, значи имате голям проблем. Не може да правите софтуерен продукт, а да нямате програмист в отбора. Само с маркетинг и бизнес развитие няма как да стане. Трябва в отбора да са налице всички ключови компетенции. Ако правите механично устройство, ви трябва механици, електротехник или програмист, които да са основатели на компанията, за да са ангажирани със старт-ъпа.

В) *Трябва ви ранно финансиране.* Това е най-трудната част. В момента намирането на финансиране е доста трудно поради пандемията и войната в Украйна, но се намират различни Пре-акселераторски програми, които да ви дадат малко пари за прототип.

Г) *MVP – това най-важното.* Това е прототип на продукта, който искате да продавате, но в най-основната и първична част. Той ви трябва, за да го тествате в реална или изкуствена среда. Да го тествате сред клиентите. Да се опитате да го показвате по конференции, за да може да съберете още финансиране

Д) *Бизнес модела и Go-to-market стратегията.* Това е една от най-трудните задачи, при която много стартиращи компании се провалят. Има много добри идеи, екипи и прототипи, но когато се стигне до бизнес модела и се оказва, че няма кой да го купи или компанията няма как да го продава ефективно. Точно компаниите с добър бизнес модел и добри „продавачи“ в отбора оцеляват и успяват да пробият.

Всички тези подточки са ключови за успеха и без нито една от тях няма как една стартираща компания да успее. Всичко зависи от волята на екипа, който трябва да разработва прототипа или продукта, докато няма никакво или малко финансиране.

## 2. ИНОВАТИВНИ ЕНДОСКОПСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ В ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯТА

Ендоскопските изследвания в гастроентерологията са рутинни изследвания, чрез които посредством апарат (ендоскоп) се достига до стомаха, дванадесетопръстника или дебелото черво<sup>4</sup>. Проблемът идва от там, че тънкото черво е между стомаха и дебелото черво и доста трудно се достига със стандартните ендоскопски колоноскопи и гастроскопи. Тънкото черво е най-метаболитната активна гастроинтестинална зона и там се осъществяват процесите

---

<sup>4</sup> Woods SP, Constandinou TG. Towards a micropositioning system for targeted drug delivery in wireless capsule endoscopy. In: 2011 Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE, 2011: 7372–7375 Im Internet: <http://ieeexplore.ieee.org/document/6091717/>

на смилане и резорбция<sup>5</sup>. Поради трудното достигане на тънкото черво са разработени различни медицински устройства, наречени капсулна ендоскопия<sup>6</sup>. Капсулната ендоскопия (СЕ) е метод за диагностика посредством поглъщане на електронно механично медицинско устройство, което достига до тънкото черво<sup>7</sup>. В момента на пазара съществуват няколко вида медицински устройства, които разполагат с камера за възпроизвеждане на видеообрази, други капсулни ендоскопии измерват рН на гастроинтестиналния тракт, трети измерват наличието на кръв по гастроинтестиналния тракт<sup>8</sup>. Съществуват различни разработки, чрез които различни изобретатели се опитват да достигнат до тънкото черво и да аспирират тънкочревна течност, която в последствие да бъде изпратена за микробиологично или генетично изследване<sup>9</sup>.

Capsibo има за цел да революционизира начина, по който се получават проби за анализ на тънкочревно съдържимо. Използвайки електрониката и машинното инженерство, ние ще произведем неинвазивна и рентабилна капсула за аспирация на течност от тънките черва<sup>10</sup>. Тази течност в момента се счита за „златен стандарт“ за изследване на чревната микробиота<sup>11</sup>.

**Ние имаме подадена заявка за патент** с Application number EP22155384.5, Your reference H2057EP, Applicant Capsibo, Ltd.

<sup>5</sup> Mapara SS, Patravale VB. Medical capsule robots : A renaissance for diagnostics , drug delivery and surgical treatment. J Control Release 2017; 261: 337–351 Im Internet: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jconrel.2017.07.005>

<sup>6</sup> Sendoh M, Ishiyama K, Arai K-I. Fabrication of magnetic actuator for use in a capsule endoscope. IEEE Trans Magn 2003; 39: 3232–3234 Im Internet: <http://ieeexplore.ieee.org/document/1233355/>

<sup>7</sup> Bonderup OK, Fenger-Grøn M, Wigh T, et al. Drug exposure and risk of microscopic colitis: a nationwide Danish case-control study with 5751 cases. Inflamm Bowel Dis 2014; 20: 1702–1707 Im Internet: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00054725-201410000-00003>

<sup>8</sup> Moglia A, Menciassi A, Schurr MO, et al. Wireless capsule endoscopy: from diagnostic devices to multipurpose robotic systems. Biomed Microdevices 2007; 9: 235–243 Im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17160703>

<sup>9</sup> Sehyuk Yim, Sitti M. Shape-Programmable Soft Capsule Robots for Semi-Implantable Drug Delivery. IEEE Trans Robot 2012; 28: 1198–1202 Im Internet: <http://ieeexplore.ieee.org/document/6202349/>

<sup>10</sup> Pi Xitian, Zheng Xiaolin, Peng Chenglin, et al. A Novel Remote Controlled Capsule for Human Drug Absorption studies. In: 2005 IEEE Engineering in Medicine and Biology 27th Annual Conference. IEEE, 2005: 5066–5068 Im Internet: <http://ieeexplore.ieee.org/document/1615615/>

<sup>11</sup> Lyutakov I, Penchev P. Current advances in drug delivery systems for capsule endoscopy. Curr Drug Metab 2020; 21 Im Internet: <https://www.eurekaselect.com/183875/article>

Изследванията на микробиома в момента са много гореща тема сред учените и се очаква индустрията да нараства с 22% всяка година до 2025 г. През 2019 г. са проведени около 4,7 милиона микробиомни теста в световен мащаб<sup>12</sup>.

### 3. КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА КЛАСИЧЕСКИ И СЪВРЕМЕННИ ИЗСЛЕДВАНИЯ В ОБЛАСТТА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ТЪНКОЧРЕВЕН БАКТЕРИАЛЕН СВРЪХРАСТЕЖ (SIBO)

Понастоящем, за да се диагностицира свръхрастеж на тънките черва (SIBO), трябва да се провери с различни тестове за бактериален свръхрастеж в тънките черва: фекална проба/ култура, дихателен тест или аспириат от тънки черва и течна култура. Те или не са точни, или изискват инвазивна аспирация, която е болезнена за пациента и отнема време и усилия за гастроентеролога.

**Фекални проби.** Това е най-лесният начин да се покаже дали има бактерии във фекалните проби, може да се измери микробното натоварване, но не е информативно за диагностициране на SIBO, защото проблемът е в тънките черва, а не в дебелото черво. Доказано е, че микробиомната популация в тънките черва е различна в дебелото черво<sup>13</sup>.

**Дихателен тест.** Този метод става все по-остарял поради ниската точност на резултатите. Това е неинвазивен тест, който измерва количеството водород или метан, което издишвате след изпиване на смес от глюкоза и вода. Бързото покачване на издишания водород или метан може да показва свръхрастеж на бактерии в тънките черва. Въпреки че е широко достъпен, дихателният тест е по-малко специфичен от другите видове тестове за диагностициране на бактериален свръхрастеж (източник Mayo Clinic).

**Аспириат от тънки черва и течна култура.** В момента това е златният стандарт за тест за бактериален свръхрастеж (SIBO). За да получат течната проба, лекарите прекарват дълга, гъвкава тръба (ендоскоп) надолу през гърлото и през горния храносмилателен тракт до тънките черва. Проба от чревна течност се изтегля и след това се изследва в лаборатория за растеж на бактерии. Този метод се използва при малък процент от пациентите – под 2%. Този нисък процент се дължи на високата цена, включително усилията и времето на гастроентеролога, както и на нежеланието на пациента да предприеме инвазивната и болезнена ендоскопия<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Freeman HJ. Long-term natural history and complications of collagenous colitis. *Can J Gastroenterol* 2012; 26: 627–630

<sup>13</sup> Nakov R, Lyutakov I, Mitkova A, et al. Establishment of the first stool bank in an Eastern European country and the first series of successful fecal microbiota transplantations in Bulgaria. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021; 25: 390–396 Im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33506928>

<sup>14</sup> Fromm H, Hofmann AF. Breath test for altered bile-acid metabolism. *Lancet* (London, England) 1971; 2: 621–625 Im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4105944>

Бактериален растеж на тънките черва (SIBO) обикновено се наблюдава при наличие на едно или повече предразполагащи състояния. Тя варира силно в зависимост от основните заболявания и характеристиките на микробиотата на пациентите и организмите. SIBO води до стомашно-чревни симптоми, подобни на IBS, които могат да бъдат асимптоматични. В по-лоши случаи това може да доведе до истински синдром на малабсорбция. Наличието на SIBO обикновено се диагностицира с дихателни тестове за водородна лактулоза и глюкоза. Тези тестове се провеждат широко във всяка клинична среда поради ниските си разходи, неинвазивност, достатъчна точност и възпроизводимост<sup>15</sup>.

### **Доклад за оценка на пазара:**

Докладът<sup>16</sup> предоставя текущия размер на пазара за диагностика на бактериален свръхрастеж на тънките черва (SIBO), дефинира тенденции и представя прогноза за растеж за 8 години, т.е. от 2020 до 2028 г. Историческите години, разглеждани за това проучване, са 2019, с базова година 2020 г. и прогнозен период за целия доклад е 2021–2028 г.

Глобалният пазар за диагностика на бактериален свръхрастеж на тънките черва (SIBO) е сегментиран въз основа на диагноза, тип и география. Сегментацията в това изследователско проучване е финализирана след задълбочени вторични изследвания и обширни първични изследвания. Освен това пазарът се сегментира и на базата на сегменти, предлагани от водещите участници в бранша, за да се разберат широко използваните специфични за пазара терминологии. По този начин ние включихме сегментите на изследването и финализирахме сегментирането на пазара.

Очаква се глобалният пазар за диагностика на SIBO да достигне 194 604,51 хил. щ. д. до 2028 г. от 138 324,23 хил. щ. д. през 2020 г. Очаква се той да нарастне с CAGR от 4,35% от 2020 до 2028 г.

Първоначално за диагностициране на SIBO са използвани анализи на иеюнална аспирация и дванадесетопръстник. Поради инвазивността на анализите на иеюналните аспирати и дуоденалните течности, те бяха заменени с дихателен тест. Тестът за дишане е неинвазивен, удобен за пациента и прост метод за SIBO диагностика. В допълнение, рентабилността увеличи приемането на дихателен тест в клиничната практика. Например, цената на дихателния тест варира от 145 до 400 щатски долара в зависимост от доставчика на здравни услуги и застрахователната полица.

<sup>15</sup> Quigley EMM. The Spectrum of Small Intestinal Bacterial Overgrowth (SIBO). *Curr Gastroenterol Rep* 2019; 21: 3 Im Internet: <http://link.springer.com/10.1007/s11894-019-0671-z>

<sup>16</sup> DUBLIN, June 4, 2021 /PRNewswire/ The „Small Intestinal Bacterial Overgrowth Diagnostics Market Forecast to 2028 – COVID-19 Impact and Global Analysis By Diagnosis, Type, and Geography“ report has been added to ResearchAndMarkets.com’s offering.

Водородните дихателни тестове за малабсорбция на въглехидрати и водородните дихателни тестове за лактулоза и глюкоза за бактериален растеж са широко използваните дихателни тестове. От тях дихателният тест с лактулоза водород е по-малко специфичен от дихателния тест за глюкоза водород. Според проучване „Тестове за дишане за неинвазивна диагностика на свръхрастеж на тънките черва: систематичен преглед с мета-анализ“, публикувано през януари 2020 г., дихателният тест за глюкоза водород има чувствителност от 58% и специфичност от 83%. в сравнение с 42% чувствителност и специфичност от 70% за дихателен тест с лактулоза водород<sup>17</sup>.

Тези тестове също се използват широко за откриване на други храносмилателни разстройства, включително свръхрастеж на чревния метаноген (ИМО), необичайно храносмилане на хранителните захари и бързо време за преминаване на тънките черва. Освен това, тези тестове помагат при диагностицирането на IBS чрез идентифициране на примитивна свръхчувствителност. По този начин, поради ползите, дихателните тестове вероятно ще стимулират растежа на пазара през прогнозния период.

Въз основа на диагнозата, диагностичният пазар на SIBO се сегментира на тестове за дишане, аспирати на тънките черва и тест за култура на течности, кръвни тестове и други. През 2020 г. сегментът за дихателни тестове заема най-голям дял от пазара и се очаква да расте с най-бързи темпове през следващите години. Ръстът се дължи на неговите предимства, като неинвазивност, удобна за пациента, простота и ниска цена.

Въз основа на типа пазарът за диагностика на SIBO е сегментиран на SIBO с преобладаващ водород, SIBO с преобладаващ метан и повтарящ се SIBO. През 2020 г. преобладаващият с водород сегмент SIBO заема най-голям дял от пазара и се очаква същият сегмент да расте с най-бързи темпове през следващите години.

Този доклад е изчерпателен източник, който дава по-добро разбиране на пазара за диагностика на бактериален свръхрастеж на тънките черва (SIBO). Докладът представя аналитичен подход на индустрията за диагностика на бактериален свръхрастеж на тънките черва (SIBO), който позволява на ръководителите и участниците на пазара да филтрират потенциални възможности и тенденции, които биха могли да повлияят на конкурентното предимство на играча. Докладът обобщава силите, които ще създадат стойност за играчите през следващото десетилетие и посочва стратегическите решения, които пазарните играчи трябва да приемат, ако искат да спечелят от силите. Докладът използва усъвършенствани методологии за филтриране на набор от тенденции, които трябва да бъдат приоритизирани за по-голямо въздействие върху

<sup>17</sup> Kurien M, Thurgar E, Davies A, et al. Challenging current views on bile acid diarrhoea and malabsorption. *Frontline Gastroenterol* 2018; 9: 92–97 Im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29588835>



печалбите. Проучването дава възможност на инвеститорите да преценят и защитят стойността, изложена на риск, като изучават тенденциите и се възползват от възможностите за създаване на стойност<sup>18</sup>.

Ключови играчи на пазара за диагностика на бактериален свръхрастеж на тънките черва (SIBO) са Genova Diagnostics; SIBO Diagnostics; Commonwealth Diagnostics; International Aerodiagnostics; LLC SIBO Test Metabolic Solutions, Inc.; Pivotal Diagnostics; DirectLabs, LLC; Vibrant Wellness Health Associates Medical Group.

#### **4. НАЙ-ЧЕСТО СРЕЩАНИТЕ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ПРИОРИТЕТНИТЕ ЗАДАЧИ В СЪЗДАВАНЕТО НА БИЗНЕСА**

Тъй като съществуващите решения за „златен стандарт“ са ендоскопски/назоеюнални тръби или катетри, които се поставят през устата на пациентите и са инвазивни, защото се нуждаете от седация или продължително време за процедурата.

**Capsibo** е малко медицинско изделие за поглъщане, което неинвазивно може да отиде в тънките черва и да аспирира течност. Размерът е сравним с други капсулни ендоскопии. Засега на пазара няма съществуващо медицинско изделие, което да реши този проблем.

#### **5. КОНЦЕПЦИИ И РЕЗУЛТАТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ЧРЕЗ КАПУЛНА ЕНДОСКОПИЯ – СЪЗДАВАНЕ НА ПРЕДПРИЯТИЯ ВЪЗ ОСНОВАТА НА ИЗОБРЕТЕНИЯ В СФЕРАТА МЕХАНИЧНИ УСТРОЙСТВА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЧРЕВНИЯ ТРАКТ**

Capsibo разработва ендоскопска капсула за орално поглъщане, за да помогне на гастроентеролозите и техните пациенти да извличат течност от тънките черва. Течността помага да се направи бърза и точна диагноза на дисбиозата на чревната микробиоза. Понастоящем начинът за извличането му е ендоскопска аспирация, която е болезнена за пациентите и отнема време и усилия за лекарите. Другият настоящ начин за диагностициране на дисбиозата на микробиозата е анализът на фекални проби, но в повечето случаи той не успява да предостави точна диагноза.

Дисбиозата на чревната микробиоза или малък бактериален свръхрастеж (SIBO) са много вредни за качеството на живот на пациента и включват диария, запек, подуване на корема, умора, мозъчна мъгла, гадене, коремна болка и дискомфорт. SIBO се появява, когато има необичайно увеличение на общата бактериална популация в тънките черва – особено видове бактерии, които не

<sup>18</sup> Murthy SK, Kuenzig ME, Windsor JW, et al. Crohn's and Colitis Canada's 2021 Impact of COVID-19 and Inflammatory Bowel Disease in Canada: COVID-19 Vaccines—Biology, Current Evidence and Recommendations. J Can Assoc Gastroenterol 2021; 4: S54–S60 Im Internet: [https://academic.oup.com/jcag/article/4/Supplement\\_2/S54/6421750](https://academic.oup.com/jcag/article/4/Supplement_2/S54/6421750)

се срещат често в тази част на храносмилателния тракт. В момента SIBO е много трудно да се диагностицира в гастроентерологията.

Човешкият микробиом е сложна екосистема от микроорганизми, които живеят във и върху човешкото тяло. През последните 15 години учените откриха, че тази екосистема играе огромна роля за цялостното ни здраве. И от особено значение е чревният микробиом, който е общност от симбиотични бактерии и други микроорганизми, които живеят в храносмилателния ви тракт.

Ние се конкурираме на нарастващия пазар за изследване на здравето на червата, който миналата година нарасна с 22% и беше пазар на стойност 1397,85 милиона долара.

Ние сме по-интелигентна алтернатива както на фекалното изследване, така и на ендоскопската аспирация на тънкочревна течност. Предимствата на нашия метод са, че електронното устройство Capsibo е неинвазивно и предоставя много по-точни проби от фекалните тестове.

В момента имаме работещ прототип в мащаб 4:1, който доказва концепцията.

Нашата мисия е да предоставим безболезнена, рентабилна и точна диагноза на пациенти с дисбиоза на чревната микробиоза, за да подобрят качеството им на живот.

- **Сфера на дейност:** Медицински устройства. Капсулна ендоскопия. Тънкочревен бактериален свръхрастеж.
- **Водещи производители на тестове за SIBO**

Capsibo е единствената компания, предлагаща неинвазивен метод за придобиване на течност в тънките черва. Компаниите, изброени по-долу, предоставят други видове методи за тестване на чревната микробиома. Независимо от това, те са добър индикатор за размера на пазара, пространството за иновации, броя на провежданите тестове, както и тенденциите.

#### *Фекални проби/тестване на микробиоми:*

Carbiotix AB (CRBX) ([www.carbiotix.com](http://www.carbiotix.com)) е наградена биотехнологична компания, пионер в здравеопазването на микробиомите чрез набор от рентабилни услуги за изследване на здравето на червата и портфолио от микробиомни модулатори, обхващащи пребиотични съставки, медицински храни и терапевтични продукти. Carbiotix AB, Кристофер Кук, главен изпълнителен директор, тел: +46 708-796580, имейл: [kristofer.cook@carbiotix.com](mailto:kristofer.cook@carbiotix.com)

Enterome Bioscience (Франция) беше един от основните играчи, работещи на пазара през 2018 г. Компанията е биофармацевтична фирма на клиничен етап, фокусирана върху разработването на иновативни начини за диагностициране и иновативни терапии за лечение на заболявания, свързани с микробиома, с фокус върху IBDs Показания за болест на Крон и рак (глиобластом, дебело черво, панкреаса, белия дроб и гърдата). През 2018 г. компанията събра

38,5 милиона щатски долара (32 милиона евро) във финансиране от серия D, които ще бъдат използвани за клинични изпитвания на водещите програми за развитие на Enterome, а именно, фаза 2 проучване на пероралния FimH блокер EB8018 на компанията за лечение на болестта на Крон заболяване и проучване фаза 1b на EO2315, нов кандидат за имуноонкология, при пациенти с агресивен рак на мозъка (мултиформен глиобластом). Освен това компанията получи заем от 44,3 милиона щатски долара (40 милиона евро) от Европейската инвестиционна банка (ЕИБ), за да подкрепи ускоряването на нейния тръбопровод и технологично развитие. Такова финансиране ще помогне на компанията да проведе изследвания върху своите продукти, базирани на микробиоми.

Atlas Microbiome Test е разработен от международен екип от учени и прегледан от Научния съвет на съветниците. Цената на Microbiome Test е £129,95. Тестът се взема в дома на пациента и се изпраща по пощата. Пробата се анализира и съветниците по храненето ще изготвят персонализиран хранителен план за подобряване на здравето на чревната микробиома на пациента.

Технологията на Viome има технология за метатранскриптомно секвениране, която има за цел да види всеки микроорганизъм в чревния микробиом и да анализира активността на тези микроорганизми.

- **Състезатели на инструменти/тръби за чревна аспирация**

Епруветки за краткосрочно хранене/аспирация ENFit: Тръбите за краткосрочно хранене и аспирация ENFit са предназначени да аспирират стомашното съдържимо при възрастни и деца. Могат да се използват и за краткосрочно хранене. ENFit 6FR x 80cm Цена на сонда за краткосрочно хранене/аспирация: 300 евро и цената за ендоскопия/интубация 200 евро. Приблизителното време за чревна аспирация е 2 часа инвазивна процедура.

Назоеюнални тръби J-Tube (Degania Medical) от 150-300 Евро. Инвазивен NasoJejunal Feeding Tube, Rs 2880/бр, Medicon устройства: Цена от 150-200 евро.

Тези тръби се използват по време на болничния престой на пациента и отнемат много време, за да бъдат поставени в пациента и да се аспирира чревната течност (инвазивно).

## **Описание на пазара и вписване на продукта и/или услугата в него**

- **Глобални тенденции и цели дял**

Последните проучвания на пазара показват, че секторът на чревното здравеопазване и терапията и диагностиката на чревната микробиома са солидно развиващи се области. Те се подхранват както от необходимостта от диагностика, така и от големи инвестиции в изследвания на микробиома и разработване на нови терапии.

Credence Research and Pharmaceutical and Biotechnology Companies and Research and Academic Institutes посочва в доклад от юни 2019 г., че се очаква глобалният пазар на услуги за секвениране на микробиоми да нарасне от 1397,85 милиона щатски долара през 2019 г. до 4660,77 милиона щатски долара до края на 2020 г. Ставка (CAGR) от 22,22%.

Като се има предвид, че средната цена на един тест е 300 USD, това означава, че през 2019 г. са проведени общо 4,659 милиона теста и се очаква броят им да нарасне до 15,336 милиона до 2025 г. .

**Carsibo има за цел да предостави проби за 0,2% (2,7 милиона щатски долара пазарен дял) от глобални тестове през първата година след придобиване на всички необходими сертификати и да ги увеличи средно с 1,5% през всяка от следващите 10 години, докато предоставим тестове за не по-малко от 15% (699 милиона щатски долара пазарен дял) от всички микробиомни тестове.**

Според доклад на фармацевтични и биотехнологични компании и изследователски и академични институти от 2019 г., пазарът на човешки микробиом е сегментиран на инфекциозни заболявания, ендокринни и метаболитни нарушения, възпалителни заболявания, рак и други заболявания. Очаква се сегментът на инфекциозните заболявания да отбележи най-висок темп на растеж през прогнозния период. Повишаването на осведомеността за лошите ефекти от употребата на антибиотици върху естествената флора (като нарушения) подчерта необходимостта от специфична бактериална насочена терапия за инфекциозни заболявания. Нарастващата честота на инфекции, дължащи се на микробна дисбиоза, в резултат на лечение с антибиотици, и нарастващият брой клинични изпитвания за разработване на специфични за целта микробиомни терапии са основните фактори, движещи растежа на този сегмент.

По болест се очаква сегментът на инфекциозните заболявания да нарасне с най-висок CAGR през прогнозния период.

По отношение на технологията се очаква сегментът на геномиката да нарасне с най-висок CAGR през прогнозния период. (Доклад за изследване на доверието от юни 2019 г., код на доклада 59739-06-19)

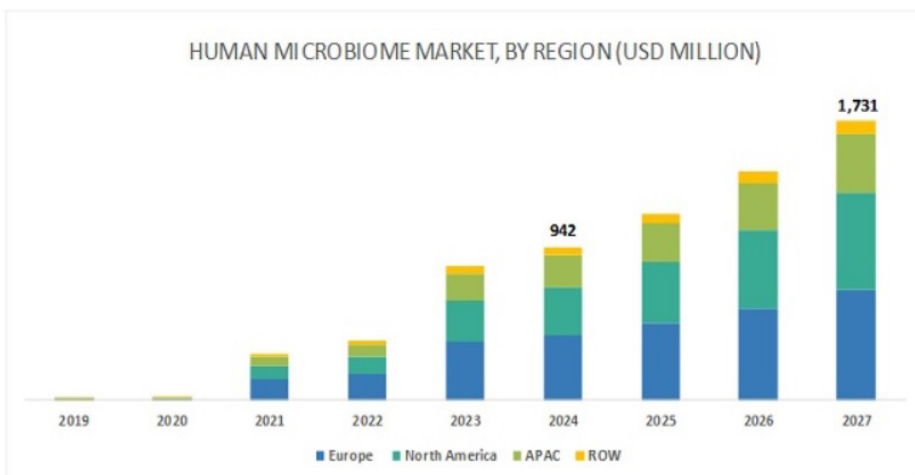
Въз основа на технологията пазарът за изследвания на човешки микробиоми е сегментиран на геномика, протеомика и метаболомика. Очаква се сегментът на геномиката да регистрира най-висок CAGR през прогнозния период. Нарастващият брой проекти, финансирани от частни и държавни органи, е ключов двигател за пазара на геномика.

Терапевтичният сегмент ще заема най-големия дял от пазара на човешки микробиоми през 2022 г.

Въз основа на приложението, пазарът се сегментира на терапевтични и диагностични дялове. Терапевтичният сегмент ще заеме най-големия дял от пазара през 2022 г. Увеличаването на финансирането за научноизследователска

и развойна дейност в базирани на микробиоми терапии в световен мащаб е основният фактор, движещ растежа на този сегмент от приложения. В допълнение, технологичният напредък, нарастващият брой клинични изпитвания за диагностичния сегмент и нарастващото сътрудничество между ключови пазарни играчи и изследователски институти също подпомагат растежа на пазара.

Освен това изследването на Credence от 2019 г. показва, че се предвижда глобалният пазар на човешки микробиоми да достигне 1,731 милиона щатски долара през 2027 г. от 942 милиона щатски долара през 2024 г., при CAGR от 22,5 % през прогнозния период. Растежът на пазара до голяма степен се дължи на нарастващия фокус върху развитието на терапия с човешки микробиоми. Той също така се превърна във валидирана цел за разработване на лекарства. Очаква се нарастващият брой сътрудничества между участници на пазара да предложи широк спектър от възможности за растеж за участниците на пазара през прогнозния период. Въпреки това, липсата на опит и подробни изследвания на човешкия микробиом възпрепятства растежа на този пазар. **Това показва очаквания растеж на изследванията на микробиома и потенциала за доставка на капсули Capsibo на изследователските центрове.**



Друг съвсем скорошен доклад от юли 2020 г. от 360iResearch посочва нарастващите пазарни възможности дори в ерата на COVID-19. Докладът може да се прочете на: *Reportlinker.com* обявява издаването на доклада „Доклад за проучване на пазара на услуги за микробиомно секвениране по технологии, от краен потребител, по приложение – Глобална прогноза до 2025 г. – Кумулативно въздействие на COVID-19“ – [https://www.reportlinker.com /p05941308/?utm\\_source=GNW](https://www.reportlinker.com /p05941308/?utm_source=GNW)).

#### Attractive Opportunities in Global Human Microbiome Market



#### • Пазарно приети цени на алтернативни тестови комплекти

Това са цена за тест на редовните диагностични инструменти за SIBO и дисбиоза на чревната микробиоза, налични на пазара и ежедневната практика:

Дихателният тест Healthpath SIBO струва £160 (179 €) в Обединеното кралство (Reference/Source 1 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3099351/NHS>). Това включва всички тестови материали, резултати и лесен за разбиране доклад, написан от квалифициран практикуващ.

Цената на цялостния тест за анализ на изпражненията в Обединеното кралство е £349 за тест + личен план (Източник: Alexandra Falconer | 24 юли 2020 г. | Gut Health, healthpath.com). Метод на събиране: Табуретка. Мерки: Бактерии, Дрожди, Паразити, Зонулин, Биомаркери за напреднало чревно здраве. За този тест предоставяте малка проба от изпражненията си (какане). Това се изпраща в лаборатория, където се анализира за бактерии, дрожди, паразити и други напреднали биомаркери, които показват здравето на червата. Това са редовни изследвания, които се правят от микробиологичната лаборатория на всеки пациент, който идва с диария.

Atlas Biomed Gut Microbiome Test (Източник Amazon: Посетете atlas biomed group Store, Цена: £149,00 за комплект, без окончателния доклад от лабораторията, който е + £149,00. Обща цена: £298,00 за окончателен тест на пациент.

#### В България

Основен микробиологичен тест за фекална проба (Campylobacter, Clostridium difficile токсин А/В, Микробно натоваарване) 30-50 евро на тест.

Тест за дишане: 50 евро на тест.

Генетичен лабораторен тест за фекални проби/микробиом: 150-300 евро на тест:



Материал за изследване: Фекална проба (Фецес) / урина / кръв  
 Насловните колониери и инструкциите за поръчване се предоставят от лабораторията!

<input type="checkbox"/> Микробом мени (A712A)	378 лв
Разнообразие, ентеритис, значими бактериални видове, F, грам-позитив, A, тиситрифи, образуващи функционални групи (екоп, бутират, хистамин, H2S) - гъбички	
<input type="checkbox"/> Микробом мени (A712B)	459 лв
Микробом мени - гъбички - чести паразитози	
<input type="checkbox"/> Микробом макс (A712C)	507 лв
Микробом мени с допълнителни титрове, петанови бактерии, много допълнителни родове и видове бактерии, Високи гъбички и паразити	
<input type="checkbox"/> Нарушения в храносилане и абсорбция (A750)	176 лв
Антибиотични отговори, антибиотична устойчивост, жлъчни киселини, алфа-1-антитрипсин, калпротектин, секреторен IgA	
<input type="checkbox"/> Проницаемост на червата (A501)	168 лв
Статус на микробиологична флора (A110)	
<input type="checkbox"/> Статус на микробиологична флора Plus (A111)	238 лв
A110: F, Bifidobacteria, Akkermansia, тиситрифи	
<input type="checkbox"/> Калпротектин (A330)	42 лв
<input type="checkbox"/> С-реактивен протеин (CRP)	33 лв
<input type="checkbox"/> Серотонин (A1500)	84 лв
в кръв, фецес и урина	
<input type="checkbox"/> Триптофан (A670)	84 лв
<input type="checkbox"/> IDO (A680)	168 лв
индоламин-пирол 2,3-диоксигеназа активност Триптофан, кверетин, IDO активност в кръв	
<input checked="" type="checkbox"/> Транспортна такса (A712A, A712B, A712C, A680, A670, A750, A501, A110, A111)	35 лв

Накрая трябва да споменем отново недостатъците на фекалните микробиологични и генетични изследвания, при които липсва чувствителност и специфичност, тъй като се правят на базата на фекални проби, извлечени от дебелото черво, а не от тънките черва. Capsibo ще осигури неинвазивен метод за аспирация на тънкочревна течност и ще направи микробиологичните и генетични изследвания по-прецизни.

### • Икономика

Факти за индустрията:

От май 2017 – 2019 г. American Gut: отворена платформа включва данни за микробна последователност от 15 096 проби от 11 336 човешки участници, общо над 467 милиона (48 599 уникални) 16S rRNA V4 генни фрагменти (съкратено 16S) (Източник: [097 PMID59: 099](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31511111/)). В днешно време базата данни нараства експоненциално с повече от 10 пъти увеличение на тестовете за последователност на чревната микробиота.

Carbiotix AB (CRBX) съобщава за получаване на 100 милиона евро глобален пазар за потребителски тестове за чревно здраве, нарастващ с 12% годишно (Ню Йорк, 29 юли 2020 г. (GLOBE NEWSWIRE))

360iResearch от 2019 и 2020 г. твърди, че има десетки стартиращи компании по света, които увеличават стойността, която тестовете за чревно здраве предлагат на потребителите. В Америка uBiome беше на прав път към славата на еднорога, като събра 83 милиона долара миналата година, което доведе общите си средства до 110 милиона долара, а оценката му до 298 милиона долара. Компанията изпрати своите тестови комплекти за микробиом „Explorer“ на стотици хиляди плащащи клиенти (те струват \$89 всеки или са с отстъпка за абонатите).

Според същото проучване американският пазар е толкова „напреднал“ в тази област, че дори на животните се продават собствени тестове за чревни биоми чрез стартиращи компании като NomNomNow (които са събрали повече от 13 милиона долара).

- **Пазарен потенциал**

Очаква се глобалният пазар на услуги за секвениране на микробиоми да нарасне от 1 397,85 милиона долара през 2019 г. до 4 660,77 милиона долара до края на 2025 г. при сложен годишен темп на растеж (CAGR) от 22,22%.

Carsibo има за цел да предостави проби за 0,2% от глобалните тестове през първата година след придобиване на всички необходими сертификати и да увеличи това средно с 1,5% през всяка от следващите 10 години, докато предоставим тестове за не по-малко от 15% от всички микробиомни тестове.

От споменатите по-горе доклади можем да заключим, че пускането на нови продукти заедно с увеличеното финансиране за тестване на генома и обещаващите тръбопроводи от продукти за анализ на микробиома стимулират огромен растеж на сектора. Адекватни средства за извличане на течност от тънките черва за тестване и диагностика на SIBO и дисбиоза на чревната микробиоза не са налични и са необходими в гастроентерологията (Source Credence ResearchMarket Development: Предоставя задълбочена информация за доходносните нововъзникващи пазари и анализира пазарите).

Точната диагноза на SIBO има пряко въздействие върху болничните разходи при лечението на пациенти, както се вижда от таблицата по-долу и изследванията.



TABLE 1 Cost-effectiveness ratios for varying reductions rates and sample costs

	Standard of care only	Standard of care + gut microbiota testing assuming reduction by		
		5%	10%	15%
<b>\$650 per sample</b>				
Cumulative cost (100K\$)	\$614	\$615	\$603	\$591
Cumulative QALYs	1760	1771	1781	1792
Cost-effectiveness ratio (\$ per QALY)	34 891	34 736	33 864	33 003
ICER	–	8922	–51 873	–72 138
Lower cost limits		47 590	–13 205	–33 470
Upper cost limits		–62 410	–123 205	–143 470
<b>\$350 per sample</b>				
Cumulative cost (100K\$)	\$614	\$609	\$597	\$585
Cumulative QALYs	1760	1771	1781	1792
Cost-effectiveness ratio (\$ per QALY)	34 891	34 402	33 532	32 673
ICER	–	–47 196	–79 932	–90 844
Lower cost limits		–8528	–41 264	–52 176
Upper cost limits		–118 528	–151 264	–162 176
<b>\$250 per sample</b>				
Cumulative cost (100K\$)	\$614	\$607	\$595	\$583
Cumulative QALYs	1760	1771	1781	1792
Cost-effectiveness ratio (\$ per QALY)	34 891	34 291	33 422	32 563
ICER	–	–65 902	–89 286	–97 079
Lower cost limits		–27 234	–50 617	–58 411
Upper cost limits		–137 234	–160 617	–168 411

Note: Cost per sample includes costs of drawing, processing, storage, shipment, microbiota analysis and bio-informatics.

Abbreviations: ICER, incremental cost-effectiveness ratio; QALY, quality of life years.

**Източник:** Vajaj JS, Acharya C, Sikaroodi M, Gillevet PM, Thacker LR. Разходна ефективност от интегрирането на анализа на чревната микробиота в прогнозата за хоспитализация при цирроза. *GastroHep* . 2020;00:1 –8. <https://doi.org/10.1002/ygh2.390>

Таблица 1. Конкурентен анализ

Фактор	Аз	Сила	Слабост	Състезател Фекален тест	Конкурент В (чревни тръби)	Значение за клиента
Продукти	Капсибо	Неинвазивни	Риск от задържане и неполучаване от изпражненията	Микробиологични фекални проби Тестване на микробиома на фекалните черва	НАСОЕЮНАЛНИ ТРУБИ J-тръба за аспирация на течност от тънките черва	Високо
Цена	200 евро	Добре		От 50 до 320 евро	~300 евро	Един и същ
Качество	Добре	N/A	N/A	Добре	Добре	Средно аритметично
Обслужване	Аспирация на тънкочревна течност	Добре	Ниска	N/A	Трудно и отнемашо време	Високо
Стабилност	Добре	N/A	N/A	Добре	Добре	Средно аритметично
Експертиза	Гастроентеролог и машинен инженер	N/A	N/A	Добре	Зле	Високо
Репутация на компанията	Стартиране	Не	Липса на репутация	Високо	Високо	Високо
Местоположение	България	Да	Не	Европа и САЩ	Европа и САЩ	Високо
Външен вид	Уникален механизъм за проба	Да	Не	N/A	Различни видове с инвазивен катетър	Ниска
Метод за продажба	B2B и пазарна ниша	Да	Не	B2C	B2B и B2C	Високо

• Цел на стартиращия бизнес.

Целите са две:

1. Представяне на най-често срещаните предизвикателства и приоритетните задачи в създаването на бизнес с капсулна ендоскопия;
2. Да се изведе методологичната рамка за изготвяне на подробен бизнес план

## ПРЕДСТАВЯНЕ НА ПРОЕКТА И ПРЕДЛАГАНИЯ ПРОДУКТ (КАПСУЛНА ЕНДОСКОПИЯ) С УСЛУГАТА ДИАГНОСТИКА НА ТЪНКО ЧЕРВО

- **Продукт**

Капсулата Capsibo е иновативен подход за получаване на проби от течности от тънките черва за тестване и диагностика на SIBO. Той също така има потенциала да даде на изследователите на чревното здраве „липсващия инструмент“ за получаване на проби .

Има три групи, които ще се възползват от капсулата Capsibo – гастроентеролози, техните пациенти и учени по чревно здраве.

**Гастроентеролозите** ще се възползват, като вземат стерилни проби от тънките черва, без да се налага да правят сложна, предизвикателна и отнемаша време инвазивна ендоскопия. Обикновено процедурата отнема 30-40 минути, през което време пациентът е под обща анестезия. Фекалните проби, макар и широко използвани, не разкриват истинската микробиологична среда в тънките черва и рядко предоставят информацията, необходима за администриране на адекватно медицинско лечение. Когато лекуват SIBO, гастроентеролозите често трябва да експериментират с няколко антибиотици и/или пробиотици, докато разкрият този, който помага на пациента. Капсулата Capsibo ще осигури лесен начин за гастроентеролозите да определят истинската микробактериална среда в тънките черва на своите пациенти.

**Пациентите** ще се възползват от точна диагноза и точно лечение с първия опит. И всичко това по неинвазивен и безболезнен начин, без да изисква анестезия. На пациентите също така няма да се налага да купуват и приемат лекарствата, които не им помагат.

**Учените** ще се възползват, тъй като ще получат много по-лесен начин да получат пробите, от които се нуждаят, за да извършат своите изследвания. Въпреки че инвазивната ендоскопия не може да се извършва често, капсулите Capsibo могат да се прилагат веднага след предишната(ите)(и).

За да навлезем на пазара на SIBO и диагностика на чревното здраве, ние трябва да намалим дизайна си, да произведем първи цикъл на капсули, да завършим успешно клиничните изпитвания и да получим необходимия сертификат. Това е както скъпо, така и отнема много време, но веднага щом го преодолеем, потенциалните конкуренти бавно ще наваксват.



Нашият работещ прототип в мащаб 4:1 доказва, че подходът ни е правилен. Вече идентифицирахме и тествахме необходимата електроника и я имаме в достатъчно малък пакет. Печатната платка и интегралните схеми лесно ще се поберат в размера, към който се стремим.



Нашият подход към механиката на капсулата ни дава увереността, че миниатюризацията е възможна, тъй като необходимите компоненти са няколко пъти по-големи от тези, намиращи се в потребителските часовници.

Ние също така идентифицирахме и сключихме предварителни споразумения със сертифицирани лаборатории, провеждащи клинични тестове. Това включва лаборатории, занимаващи се както с животни, така и с хора.



- **Клиенти**

Клиентите на капсулите Capsibo са медицински институции и изследователски центрове, и по-конкретно гастроентеролозите и изследователите на чревното здраве.

Поради ниската цена и лекотата на използване, капсулите могат да се продават на медицински институции и изследователски центрове от всякакъв размер, във всяка страна и с всякакъв вид собственост.

В повечето случаи пациентите имат пълно доверие на лекарите и ще вземат всички изследвания, които лекарите изискват. Вярваме, че с ползите както за гастроентеролозите, така и за пациентите, Capsibo ще бъде основният избор за получаване на проби от течности от тънките черва.

## 6. АНАЛИЗ НА СРЕДАТА

- **Задълбочен анализ на нашите микробиомни конкуренти**



„В един момент Ubiome взе вътрешността и този бизнес модел от [стартиране на генетично тестване] и успя да убеди много хора, че можете да на-

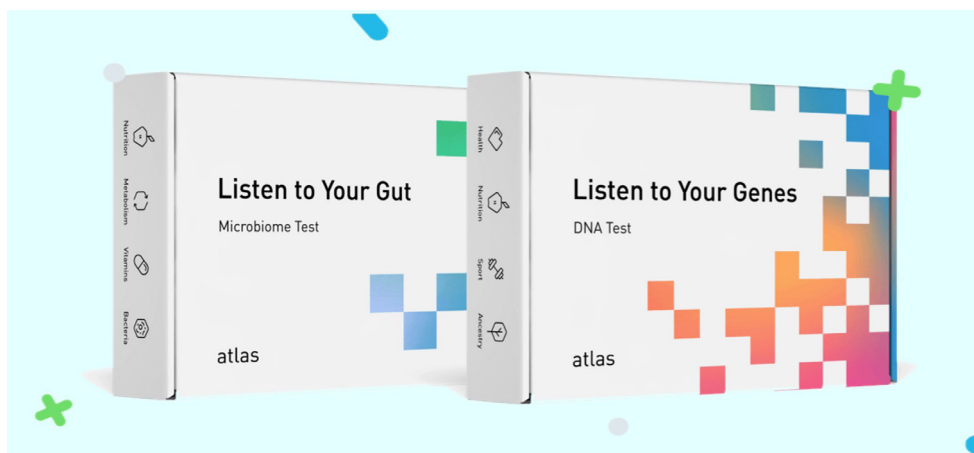
правите един тест, за да получите всички тези прекрасни данни. Това е пълна заблуда“, казва изпълнителният директор на Ubiome на Elsave .

Други стартиращи фирми на този пазар за тестване на изпражнения включват; Лондонският бизнес Atlas Biomed , който приключи кръг от 4 милиона долара миналата година, довеждайки финансирането си до 8 милиона долара; Израелската фирма DayTwo , която затвори кръг от 31 милиона долара по-рано тази година, довеждайки финансовия си фонд до 48 милиона долара, и американската стартираща компания Sun Genomics (която има 3 милиона долара зад гърба си). Elsave е естонска стартираща компания, отделена от Центъра за хранителни и ферментационни технологии (TFTAK) тази година, докато Biomes , немска компания, основана през 2017 г., се представя пред тълпи на фестивала за стартиране на Noah Berlin това лято. Нов шведски стартап, наречен Symbiome , е само на шест месеца, но е осигурил \$320 000 ангелски инвестиции.

### Atlas Biomed (8 милиона долара)

Биоинформатикът основа компанията през 2016 г. и първите ѝ тестове за изпражнения бяха изпратени през 2017 г. (въпреки че Мусиенко за първи път е замислил бизнеса много по-рано в Калифорнийския университет Singularity през 2011 г.).

„Личната геномика беше във възход, 23andMe просто растеше и беше съвсем очевидно, че това нещо ще експлодира“, казва той. „За да стигнем до превантивната медицина, за да разбера цялата картина, знаех, че трябва да смея различни източници на данни.“



Комплекти за тестове за ДНК и микробиом Atlas Biomed.

Вярно на обещанието, Atlas Biomed днес продава както ДНК, така и комплекти за тестове за микробиоми за около £140 всеки, или с отстъпка заедно (с абонамент от £99 за повторни тестове на червата).

Неговите проби се анализират в сертифицирана лаборатория на ЕС в Холандия, като се използва технология, наречена „16S rRNA генетично секвениране“, за да се прецени колко „подобни“ са червата ви с пациенти със затлъстяване, диабет тип II, болест на Crohn, улцерозен колит и сърдечно-съдови заболявания. Atlas Biomed е и единствената компания в Обединеното кралство, която има одобрението на британския здравен регулатор, MHRA за продажбата на ДНК и микробиомния тест директно на потребителите.

Но Мусиенко говори свободно за факта, че неговите микробиомни тестове все още не могат да се използват като диагностични предиктори. „Още не сме там“, казва той. „Ние не претендираме, че сме диагностични. Това, което казваме, е, че може да сте изложени на по-висок риск от развитие на заболяване, защото можем да ви покажем, че вашият микробиомен модел е подобен на хората, които обикновено имат това заболяване.“

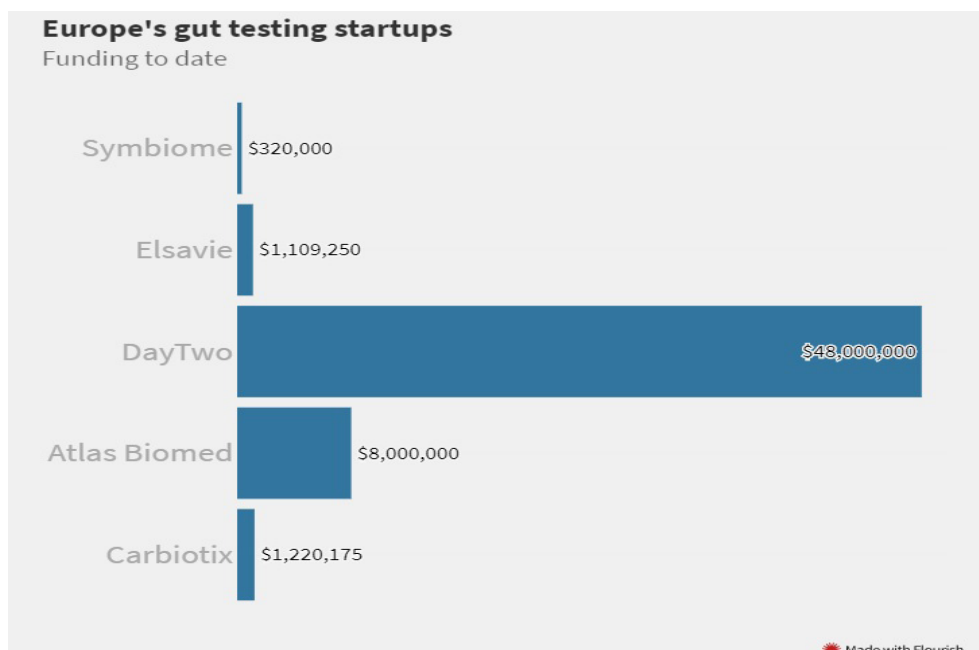


**Комплект за тестване на микробиома на Atlas Biomed .**

Всъщност едно от първите неща, които виждате, ако отворите комплект у дома, е хартиен етикет, който гласи, че това „не е инструмент за диагностика“ – въпреки че такава откровена формулировка може би показателно не е очевидна на уебсайта на стартапа.

Междувременно Atlas Biomed се стреми да се потвърди научно. Той провежда половин дузина клинични изпитвания с академични партньори, както и с компании за пробиотици, за да докаже различни видове диагностика и интервенции. Някои от тези 2-годишни изпитания се очаква да приключат по-късно през 2019 г.

Въпреки това, ако комплектите Atlas могат да диагностицират (или предварително диагностицират) определени заболявания, все още няма доказано действие, което би могло да накара пациентите да предприемат: докато една пробиотична или диета или промяна в начина на живот може да работи за един човек, може да не е за друг, казва Мусиенко . „Вътре има около 500 различни вида бактерии и няма просто решение как да преместите целия този облак от параметри в техния перфектен баланс“, обяснява той.



На другия край на скалата е израелският **DayTwo**, основан през 2015 г., който обратното изгради своя бизнес на основата на завършени клинични проучвания.











Неговият основател и главен изпълнителен директор Лихи Сегал казва, че нейната е единствената микробиомна компания, базирана на доказана наука, благодарение на работата си с института Weizmann в Реховот (през 2015 г.) и клиниката Mayo през (2019 г.).

„Има начин в Силиконовата долина да правите неща, при които пускате лъскав продукт, няма значение на какво се основава и след това започвате да се бъркате“, казва Сегал пред Sifted. „Единственото нещо, което се основава на науката, е DayTwo .”

DayTwo също се различава по това, че вместо да се създаде решение за масите, той започва с насочване към една потребност само за един пазар, пациенти с диабет. „DayTwo не е нещо, базирано на любопитство, не че ние профилираме чревния ви микробиом и ви казваме някои страхотни неща около него. Имаме приложим резултат, който ви помага да управлявате по-добре скоците на захарта след хранене“, обяснява Сегал.

Докато основателят оценява факта, че други стартиращи компании поставят „микробиома“ на първо място в умовете на потребителите, тя също така вярва, че стартиращите компании, които изпреварват себе си, правят лоша услуга на цялата индустрия. „Наранява ни, когато компаниите не се основават на науката“, добавя тя.

DayTwo започна да продава своите тестове за микробиома през 2017 г., сега стартът има 40 000 клиенти (предимно в Израел, но и в САЩ), които използват неговите тестови комплекти и препоръки за диета, базирани на прогнозни модели. Той предлага общи данни за микробиома от страна на своя доказан анализ на диабета и има за цел да развие това предложение, докато събира данни и прави научни заключения с течение на времето.

Rank	Provider	Price	Rating	Go
Ad ★ 1	 atlas	 Kit From £134.10 <del>£149.00</del> <a href="#">Special Offer &gt;</a>	★★★★★ (18) <a href="#">Read Reviews</a>	<a href="#">Visit Website &gt;</a> <a href="#">More Info &gt;</a>
★ 2	 thryve	 Kit From £149.05	★★★★★ (75) <a href="#">Read Reviews</a>	<a href="#">Visit Website &gt;</a> <a href="#">More Info &gt;</a>
★ 3	 healthpath	 Kit From £299.00	★★★★★ (30) <a href="#">Read Reviews</a>	<a href="#">Visit Website &gt;</a> <a href="#">Browse 2 tests &gt;</a>
4	 BIOMESIGHT	 Kit From £109.00 <del>£149.00</del> <a href="#">Special Offer &gt;</a>	★★★★★ (33) <a href="#">Read Reviews</a>	<a href="#">Unavailable</a> <a href="#">Next Best Thing &gt;</a>

Източник: <https://dnatestingchoice.com/microbiome-testing>

- Друго подобно медицинско устройство (капсулна ендоскопия):

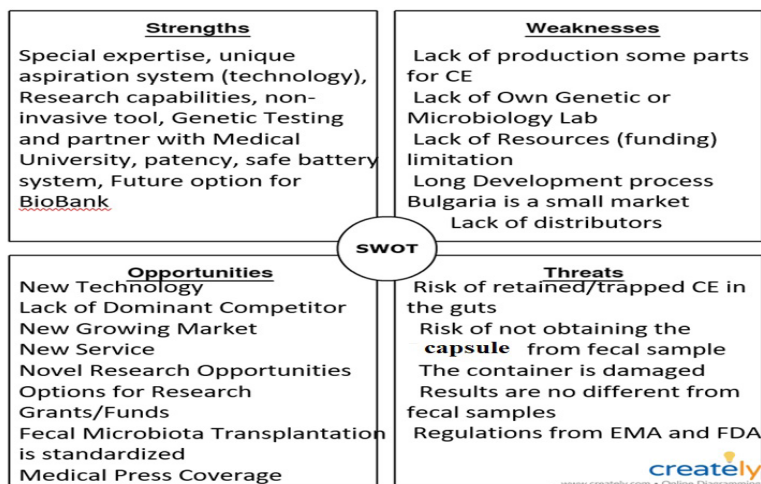
Съществуват медицински устройства (капсула ендоскопия), които могат да бъдат погълнати от пациента и използват камери за изследване на човешкото тънко черво. Нашата цел е да аспирираме чревна течност, но тези устройства са сходни по технология и размери. Целта на тези медицински изделия е напълно различна, но те доказват, че поглъщаните устройства могат да преминат медицинска оценка и законни регистрации, за да бъдат използвани при хора.

• **Нашите конкурентни предимства и недостатъци: Capsibo SWOT анализ**

**Недостатъци на нашите конкуренти на фекалния микробиом:** Те не могат точно да оценят микробиотата на тънките черва, тъй като в фекалните проби микробиомът е в процес на ферментация.

**Нашата тънкочревна аспирационна тръба/ендоскопии:** Това е инвазивна процедура, която може да продължи от 30 минути до 2 часа. Освен високата цена на тръбата за еднократна употреба, тази процедура е свързана с висока цена на труд. Взетите проби са златен стандарт за оценка на състояния на тънките черва, но е необходим болезнен и инвазивен процес за получаването им.

**Нашите подобни медицински изделия (капсулна ендоскопия):** NB! Те не са ни преки конкуренти, но са сходни по размер и форма с нашето медицинско изделие. Те са законно регистрирани като медицинско изделие за поглъщане от пациента. Задълбочен анализ на пазара на медицински изделия може да се намери в: <https://www.medgadget.com/2018/10/digestible-sensors-market-grows-in-potential-to-survive-with-18-6-of-cagr-заедно-с-производители-като-medtronic-philips-healthcare-till-2027.html>



• **Пазарна ниша**

Капсулата Capsibo е нишов продукт, фокусиран върху инструментите за тестване на чревната микробиома и здравните проби за аспирация на тънкочревна течност за по-нататъшен анализ (микробиологичен и генетичен).

Capsibo е медицинско устройство (капсулна ендоскопия) за оценка на SIBO и дисбиоза на чревната микробиоза на тънките черва.

**Въз основа на продукта пазарът на човешки микробиоми е сегментиран, както следва:**

- Пробиотици;
- Пребиотици;
- Храни;
- Медицински храни;
- Диагностични тестове;
- Наркотици.

**Въз основа на болестта пазарът на човешки микробиоми се сегментира, както следва:**

- Инфекциозни заболявания;
- Ендокринни и метаболитни нарушения;
- Възпалителни заболявания;
- Рак;
- Други заболявания (сърдечно-съдови заболявания, неврологични разстройства, синдром на раздразнените черва и хематологични нарушения).

**Въз основа на приложението пазарът на човешки микробиоми е сегментиран, както следва:**

- Терапевтика;
- Диагностика.

**Въз основа на технологията пазарът на разходи за изследвания на човешки микробиоми е сегментиран, както следва:**

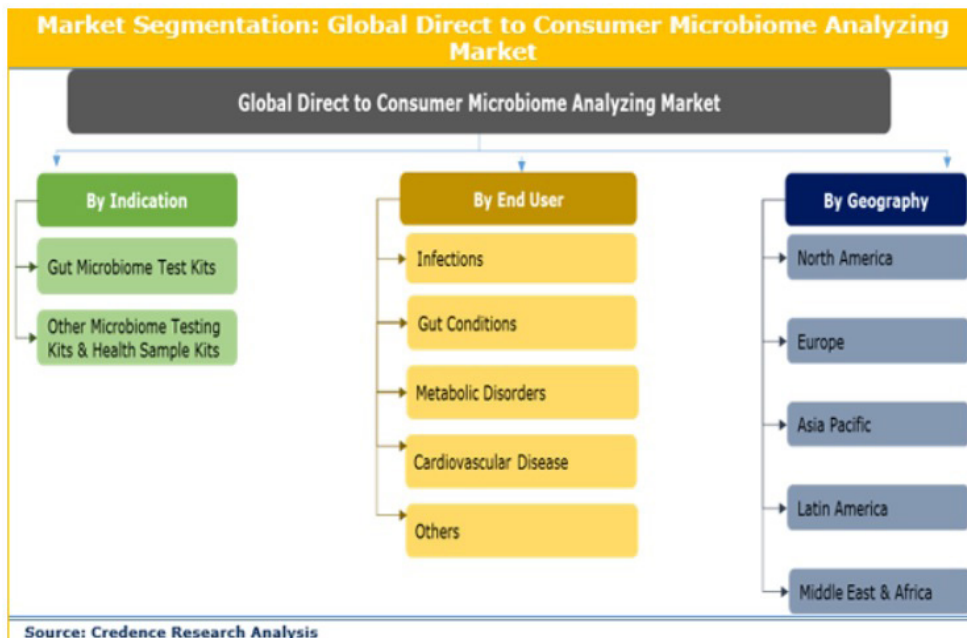
- Геномика
  - Последователност;
  - Други геномни технологии (полимеразна верижна реакция (PCR), флуоресцентна хибридизация на място (FISH) и ДНК микрочипове);
- Протеомика;
- Метаболомика.

## 7. МАРКЕТИНГОВ ПЛАН

### • Стратегия

Нашата стратегия е да се фокусираме върху създаването на нов инструмент/комплект за извличане на течност от тънките черва и доставяне на по-точни микробиологични/микробиомни проби от тънките черва.

Тази стратегия също така ще ни позволи да създадем дългосрочни взаимоотношения с лабораториите за микробиологични и генетични тестове и компаниите, произвеждащи микробиомни тестове.



### • Промоция

Тъй като нашите целеви клиенти са гастроентеролозите и изследователите на чревното здраве, ние ще популяризираме Capsibo и неговите предимства на специализирани медицински конференции и чрез публикуване на проучвания в целеви медицински публикации. Конференциите и публикациите в нашия целеви списък са: Обединена европейска гастроентерологична седмица (UEG), Храносмилателна седмица (DDW), организация за болест на Крон и колит (ECCO).

Ще популяризираме капсулата Capsibo като най-ефективното средство за придобиване на течности в тънките черва. И ще подкрепя това с научни изследвания.

### • Ценообразуване

Прогнозната производствена цена на капсулата Capsibo с производствен цикъл от 10 000 броя е 25 евро.

Имайки предвид високите разходи за научноизследователска и развойна дейност и сертифициране, нашата ценова политика предвижда висок марж на печалба – между 500% и 800%. Капсулите ще се продават на едро в лечебни заведения и изследователски центрове.

- **Прогноза за продажби**

Подробна прогноза за разходите и продажбите е достъпна в отделна електронна таблица, наречена „Разходи и продажби на Capsibo“.

- **Защо сега?**

IBS и SIBO са често срещани припокриващи се състояния в първичната медицинска помощ и гастроентерологичната практика. Той засяга над 30 милиона души в Европа и представлява над два милиона годишни посещения в кабинети, болници и спешни отделения с много предписания за антибиотици и пробиотици.

В днешно време пандемията на COVID увеличава предписанията за антибиотици и това незабавно увеличава броя на пациентите с диария, дължаща се на *Cl. Difficile* с антибиотик устойчив на бактерии. Не знаем как ще се отрази на микробиома на тънките черва.

Дихателни тестове за SIBO не се извършваха редовно поради риск от заразяване с COVID на най-близкия медицински персонал.

Capsibo ще реши проблема с получаването на безопасна и точна проба от течност от тънките черва за микробиологична и генетична (микробиомна) оценка при пациенти с диария и това веднага ще покаже процента на резистентните към антибиотици бактерии в тънките черва.

Ние работим в две бързо развиващи се и изключително потенциални индустрии – индустрията за медицински изделия и индустрията за изследване на здравето на червата и тънките чревни течности. Изследването на чревната микробиота е гореща тема сред гастроентеролозите и единственото нещо, което го забавя, е липсата на неинвазивен метод за придобиване на тънкочревна течност.

Изследванията на микробиома в момента са гореща тема сред учените и се очаква индустрията да расте с 22% всяка година до 2025 г. През 2019 г. са проведени около 4,7 милиона микробиомни теста в световен мащаб. Ние се конкурираме на нарастващия пазар за изследване на здравето на червата, който миналата година нарасна с 22% и беше пазар на стойност 1397,85 милиона долара.

- **Опит на партньорите.**

Да, ще ни трябва сътрудничество с различни заинтересовани страни и доставчици. Медицинските изделия трябва да преминат през строг, скъп и отнемашко време процес на клинично изпитване и сертифициране, преди да могат да влязат на пазара. По пътя ще ни е необходимо сътрудничество с CRO и CRA,

за да проведем клиничните изпитвания при хора, фаза I, след това необходимото сертифициране CE за предлагане на медицинското изделие на пазара.

С партньорствата, които изградихме с организации, провеждащи клинични изпитвания както с животни, така и с хора, ще придобием необходимия сертификат. Capsibo ще влезе в цялата необходима CE маркировка и правна акредитация за медицински изделия според Европейската медицинска асоциация (EMA) и българската (IAL).

Ще си партнираме за маркетингови и дистрибуторски цели с различни неправителствени организации, фокусирани върху гастроентерологията: Обединена европейска гастроентерология (UEG); Европейска организация за болест на Крон и колит (ECCO); Европейско дружество по гастроинтестинална ендоскопия (ESGE).

## 8. ПРОГНОЗНИ ФИНАНСОВИ РАЗЧЕТИ

### • Инвестиционни разходи

Нужните средства за следващите 2 години са 246 000 Евро за стартиране на минитюрзацията, както след това тестове с животни и тестове със здрави доброволци.

През следващите 12 до 24 месеца нашият бизнес ще се съсредоточи върху разработването и производството на първи производствен цикъл, както и завършване на необходимите клинични изпитвания и придобиване на необходимия сертификат.

Успоредно с това ще провеждаме научни изследвания, доказващи ползите от капсулите Capsibo, а също така ще участваме в съответните медицински конференции.

Към края на този процес ние ще положим усилия да наемем или да влезем в партньорство с лица и организации, които ще помогнат при продажбите на медицински институции и изследователски центрове.

### • Производство

Производството на медицински изделия трябва да отговаря на строги правила и разпоредби, за да се гарантира безопасността на пациентите. Намерихме подходящ производител в България и проведехме много положителни предварителни разговори. Избрахме да произвеждаме капсулите в България, тъй като това ще ни даде добър контрол, конкурентни цени и висока IP защита.

### • Правна среда

Медицинските изделия трябва да преминат през строги, скъпи и отнемачи време изпитания и процес на сертифициране, преди да могат да бъдат пуснати на пазара.

С партньорствата, които изградихме с организации, провеждащи клинични изпитвания както с животни, така и с хора, ще придобием необходимия

сертификат. Capsibo ще влезе в цялата необходима CE маркировка и законово сертифициране за медицински изделия според Европейската медицинска асоциация (EMA) и българския (IAL).

- **Управление и организация**

В следващите 12 до 24 месеца единствените служители на компанията ще бъдат учредителите. Те ще наблюдават завършването на проектирането и производството на първия производствен цикъл. Те също така ще проектират разширяването на компанията с отдели за продажби, маркетинг, доставки и производство и/или партньори. Капсибо се гордее, че има Славейко Джамбазов, Innovation Starter Vox и Леона Асланова като ментори.

- **Източници на финансиране.**

- Инвестиционен фонд
- Ангел Инвеститор
- EIC Accelerator (Европейска комисия)

- **Модел за продажби и USP**

Капсулите ще бъдат пуснати на пазара на гастроентеролози и здравни изследователи, работещи в индустрията за чревно здраве. За да улесним диагностиката на SIBO, планираме да изградим партньорства с лаборатории за микробиология и генетика.

*Предимствата на Capsibo са:*

- нов метод за определяне на точния бактериален състав, отговорен за SIBO
- безболезнена и точна диагноза за пациенти със SIBO
- предотвратява приема на ненужни (а понякога и вредни) лекарства
- спестява време и усилия на лекарите при диагностициране на SIBO
- създава нов инструмент за задълбочено изследване на чревната микробиота

Capsibo има за цел да предостави проби за 0,2% от глобалните тестове през първата година след придобиване на всички необходими сертификати и да увеличи това средно с 1,5% през всяка от следващите 5 години, докато предоставим тестове за не по-малко от 15% от всички микробиомни тестове.

Нашият модел на здравеопазване, базиран на стойност, през следващите 10 години е да намалим разходите за диагностициране на пациенти с IBS и да намалим микробната резистентност в човешкия микробиом. Ние използваме Harvard Business School “Medtronic Framework” с идеята да оптимизираме диагностиката на SIBO при пациенти с IBS и да намалим бъдещата антибиотична резистентност на микробиома.

Индустриалното приложение ще бъде в по-прецизно предписване на антибиотици и пробиотици на пациенти с IBS с диагноза SIBO. Това ще доведе пациентите с IBS до по-добро качество на живот и те ще прекарват по-малко време в болници и да ходят на работа.

### Финансови разчети

Перо	1 месец	2 месец	3 месец
Управление (заплати)	1 000,00	1 000,00	1 000,00
Касиер-счетоводител	250,00	250,00	250,00
Офис разходи (наем, комунални услуги)	0,00	0,00	0,00
Офис техника	0,00	0,00	0,00
Правни и консултантски услуги (вкл. патенти)	800,00	0,00	0,00
Миниатюризация – Двигател Дизайн	0,00	20 000,00	10 000,00
Миниатюризация – Батерия Дизайн *	0,00	0,00	0,00
Миниатюризация – Капсула Дизайн	1 500,00	1 500,00	1 500,00
Миниатюризация – Инженерни услуги	1 500,00	1 500,00	0,00
Производство на Капсули за Проби (100 бр.)	0,00	0,00	0,00
Изпитания на животни	0,00	0,00	0,00
Изпитания на човек (доброволци)	0,00	0,00	0,00
Маркетинг	0,00	0,00	0,00
<b>ОБЩА СУМА</b>	<b>5 050,00</b>	<b>24 250,00</b>	<b>12 750,00</b>

4 месец	5 месец	6 месец	7 месец	8 месец	9 месец
1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00
250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00
0,00	0,00	0,00	300,00	300,00	300,00
0,00	0,00	0,00	1 800,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10 000,00	10 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1 000,00	1 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 500,00	2 500,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	10 000,00	5 000,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	15 000,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>14 750,00</b>	<b>24 750,00</b>	<b>21 250,00</b>	<b>3 350,00</b>	<b>1 550,00</b>	<b>1 550,00</b>
<b>Общ етап</b>			<b>81 550,00</b>		



10 месец	11 месец	12 месец	13 месец	14 месец	15 месец
1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00
250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00
300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	110 000,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1 550,00</b>	<b>1 550,00</b>	<b>1 550,00</b>	<b>111 550,00</b>	<b>1 550,00</b>	<b>1 550,00</b>
<b>Общ етап</b>			<b>32 350,00</b>		

## 9. ИЗВОДИ

При епидемиологични проучвания 15-20% от населението изпитват симптоми от газове, подуване корема, коремен дискомфорт, които пациенти отговарят на критериите за „Синдром на дразнимото черво“. От тях 30% има недоказан тънкочревен бактериален свръхрастеж.

Диагнозата на бактериален свръхрастеж на тънките черва (SIBO) е предизвикателство и не се прави в регулярната гастроентерологична практика. Предписването на различни антибиотици (пост-COVID пандемия) води до различна причина за диария (Cl. Diff или SIBO) и промяна на микробиотата на тънките черва (дисбиоза). Точната диагноза на SIBO представлява значително препятствие пред ефективната грижа за пациентите в ежедневната практика.

Капсибо ООД разработва медицинско изделие за орално поглъщане (капсулна ендоскопия) която се поглъща от пациента и отива в тънките черва, където устройството аспирира чревна течност. След дефекация на пациента, медицинското изделие може да бъде изпратено за микробиология и генетичен анализ на микробиотата на тънките черва. Чревната течност помага да се направи бърза и точна диагноза на SIBO и дисбиозата на чревната микробиоза

---

## ESTABLISHING AN INNOVATIVE CAPSULE ENDOSCOPY ENTERPRISE

---

Ivan Lyutakov

**Abstract:** Endoscopic examinations in gastroenterology are routine examinations that access the stomach, duodenum or colon using a device (endoscope). Capsule endoscopy is a method of diagnosis by swallowing an electronic mechanical medical device that reaches the small intestine.

Currently, there are several types of medical devices on the market that feature a camera to reproduce video images, other capsule endoscopies measure the pH of the gastrointestinal tract, others measure the presence of blood along the gastrointestinal tract. Capsibo aims to revolutionize the way samples are obtained for small intestinal fluid analysis. Using electronics and mechanical engineering, we will produce a non-invasive and cost-effective capsule for aspirating fluid from the small intestine.

**Keywords:** gastroenterology, capsule endoscopy, innovative enterprise

# ПОЗИЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ РАБОТНИЦИ В СОЦИАЛНИТЕ МРЕЖИ

Цветина Даскалова<sup>1</sup>

*Научен ръководител: доц. д-р Александър Вълков*

*Рецензент: гл. ас. д-р Даниела Кръстева*

**Резюме:** Целта на проучването е да се установят ползите и недостатъците на активното присъствие на здравния работник в социалните мрежи. Сред задачите са: да се проучат възможностите, които предлагат социалните медии; да се идентифицират елементи от работата на здравния работник, в които се използват социалните мрежи за осъществяване на комуникация; да се изследват функционални възможности на социалните мрежи и приложението им спрямо външни и вътрешни публики (управленска, координаторска, имиджова, организационна, информативна). Наред с това, чрез анализ на литературата и проследяване на профилите на професионалисти в сферата на здравеопазването да се установи ролята на здравния работник в социалните мрежи, да се изработи SWOT-анализ на присъствието му в социалните медии и да се оценят последиците от това.

**Ключови думи:** здравни работници, социални мрежи, позициониране

## ВЪВЕДЕНИЕ

Напредъкът в технологиите промени драстично начина, по който здравните работници и потребителите достигат и използват информацията. Четвъртата вълна на индустриалната революция на дигитализация донесе със себе си и социалните мрежи – олицетворение на човешката взаимосвързаност и комуникация. Платформите на социалната медия правят достъпно разпространението на съдържание и забавление до масите (Dinesh Visva Gunasekaran, 2022). Те свързват време и място, за да направят възможно приятелството, интимността, създават чувство за връзка, поглъщат времето и вниманието на индивиди от всички възрасти всеки ден (Marcum CS, 2013; Chew AMK, 2021). Много инструменти на социалната медия са достъпни и за здравните работници: различни платформи, блогове, микроблогове, уикис, виртуална реалност, геймърски приложения. Те могат да подобрят комуникацията между професионалисти, да усъвършенстват организацията в грижата за пациента. Могат да бъдат използвани с образователна цел, насочена към пациента, както и за

<sup>1</sup> Д-р Цветина Даскалова (tdaskalova94@gmail.com) е завършила медицина в университета “Лудвиг Максимилиан” Мюнхен, Германия. Специализира “Акушерство и гинекология” в МБАЛ “Вита”. Интересува се от промотирането на здравните работници в публичното пространство“.

разпространение на различни програми в здравеопазването (Von Muhlen M, 2012; Chauhan B, 2012). Но социалните медии могат да бъдат разглеждани и като заплаха за пациента и здравния работник, разпространявайки непроверена информация, могат да навредят на имиджа на специалиста. Съществува възможност от разпространение на лични данни и нарушаване на личното пространство на участващите. В литературата се съобщава за случаи за отнемане на лиценз за практикуване и други правни проблеми (Реск JL., 2016; Pirraglia PA, 2012; Grajales FJ, 2014).

Пандемията с коронавирус през 2020 г. е първата глобална криза в ерата на социалните мрежи. По време на този период се установиха многобройни примери, в които социалните мрежи са използвани за пропаганда (Joel M Torpf, 2021). „Инфодемия“ е термин, описващ прекаленото разнообразие от информация за епидемията, както и невярна и непълна информация, която се разпространява (Tangcharoensathien V, 2020). Разпространението на такива новини чрез социалните мрежи става мълниеносно, още повече когато социалните медии позволяват неконтролируема комуникация между хората – разпространението на информацията става по-бързо от самия вирус (Deroux A, 2020).

**Целта** на проучването е да се установят ползите и недостатъците на активното присъствие на здравния работник в социалните мрежи. Да се проучат възможностите, които предлагат социалните медии; дейности от работата на здравния работник, в които се използват социалните мрежи за осъществяване на комуникация; функционални възможности на социалните мрежи и приложението им спрямо външни и вътрешни публики (управленска, координаторска, имиджова, организационна, информативна).

**Задачите** са чрез анализ на литературата и проследяване на профилите на професионалисти в сферата на здравеопазването да се установи ролята на здравния работник в социалните мрежи, да се изработи SWOT-анализ на присъствието му в социалните медии и да се оценят последиците от това.

Напредъкът в технологиите промени начина на достъп до здравна информация за здравните лица и потребителите. Социалните мрежи се превърнаха в достъпен инструмент за всички – могат да се използват за лични и професионални цели, функционирайки като източник за новини и информация, развлечение, изграждане на мнение, начин за връзка между хората, както и за създаване на идентичност (Ventola, 2014; Vraga EK, 2018). Има ли място здравният работник в социалните мрежи? Отговорът е „ДА“. Виртуалната комуникация отваря безбройни възможности пред здравните професионалисти за обмен на опит, обучение на високо ниво, достъп до пациенти от цял свят. Дава възможност за разобличаване на мистериите в здравните среди, като дава гласност на прогреса на най-иновативните проучвания, методики за лечение и т.н. Чрез социалните медии може да бъде еманципирана ролята на здравния работник в обществото.

Проведе се метаанализ на публикации от последните 10 години с цел да се направи SWOT – анализ и да се покажат позитивните и отрицателните страни, възможностите за развитие и рисковете от присъствието на здравния работник в социалните мрежи. Разгледаха се възможностите на популярните социални медии поотделно. Проследих някои от известните профили на здравни лица в социални мрежи като TikTok и Instagram. Бяха проследени темите, които бяха дискутирани. Направих анализ на профилите в социалните мрежи, които самата аз използвам за професионални цели. Публикациите бяха селектирани в търсачката PubMed. Проведох неколкочасови разговори с лекари и медицински студенти относно мнението им за употребата на социалните мрежи в професионалната им среда. Те споделиха опита си – как използват социалните с профили в професионален аспект, до колко е полезно съдържанието, което намират онлайн, какви са ползите и недостатъците на активната употреба на социалните мрежи в професията.

Публикациите, които бяха анализирани, произхождат главно от САЩ. Българският потребител на социални мрежи все още е доста резервиран към употребата им на професионално ниво. Той разчита на личния контакт, особено когато става въпрос за консултация с медицинско лице. Повечето български здравни работници като цяло отричат ролята на социалните мрежи в тяхното професионално битие и отказват да ги използват. Други нямат нужната техническа култура за това. Много от темите, засегнати в тази работа, все още са неосъзнат проблем за българския здравен работник/пациент/студент. Но те могат да служат за обмисляне на построяването на бъдещи социални мрежи за медицински лица в България, без да се допускат грешките на по-напредналите страни. Препоръките могат да бъдат имплементирани в учебния процес в университети, за да може младото поколение да бъде подготвено за новостите на времето, които със сигурност ще стъпят и на българска почва.

**Структурата** на работата е съставена спрямо поставените цел и задачи, във връзка с предмета и обекта на изследването. Всяка от представените по-долу глави включва важни точки и подточки, които последователно водят към изпълнение на задачите и постигане на основната цел на дисертационния труд.

В първа глава е направен теоретичен преглед по темата. Обяснени са понятията, свързани с темата. Представени са групите социални мрежи и техните функционалности.

Във втора глава е направен SWOT-анализ. Описани са подробно и онагледени с примери са ползите и недостатъците, както и възможностите за прогрес и упадък на здравния работник в социалните медии. Данните се уповават на научни изследвания в тази сфера, проведени в САЩ през последните 10 години.

В трета глава са представени препоръки от здравните организации, както и професионалните съсловия, които да служат за протекция на здравния работник от правни проблеми.

## ГЛАВА I. СОЦИАЛНИТЕ МЕДИИ И ЗДРАВНИЯТ РАБОТНИК

### 1. Какво представлява „социалната медия“?

Дефиницията на термина „социална медия“ е всеобхватна и постоянно изменяща се. Терминът се отнася за Интернет-базирани инструменти, които позволяват на отделни индивиди или общества да комуникират, да споделят информация/идеи/лични съобщения/картинки и други, а в някои случаи да колаборират с други използващи тази медия (юзъри) в реално време (Lambert KM, 2012). Синоними на „социална медия“ са и „Уеб 2.0“ и „социални мрежи“.

Социалните медии предлагат различни функционалности за различните цели на индивидуалния юзър (юзър=потребител) (ASHP statement on use of social media by pharmacy professionals, 2014). Включват блогове, социални мрежи, сайтове за споделяне на видеа и снимки, уикис и много други, които могат да се групират в зависимост от целите им: (George DR, 2013; Dizon DS, 2012)

- Социални мрежи (Фейсбук/Facebook, Майспейс/Myspace, Гугъл Плюс/Google+, Туитър/Twitter)
- Професионални мрежи (ЛинкдИн/LinkedIn)
- Споделяне на медия (Ютуб/Youtube, Фликър/Flickr, ТикТок/TikTok)
- Съдържание (блогове – Тъмблър/Tumblr, Блогър/Blogger; микроблогове – Туитър/Twitter, подкаст)
- Информационни сайтове (Уикипедия/Wikipedia)
- Виртуална реалност и гейминг (Second life)

Участието на общото население в социалните мрежи се е покачило драстично през последните девет години (Bernhardt M, 2014; ASHP, 2014; Dizon DS, 2012; Von Muhlen M, 2012). Само в САЩ процентът на възрастни, активни в социалните мрежи, се е покачил от 8% на 72% от 2005 г. насам. Употребата на социалните медии е разпространена във всички възрасти и всички професии. През 2012 г. Фейсбук-юзърите достигат един милиард – това представлява една седма от световното население (Реск, 2014). Всеки ден 100 милиона активни юзъри на Туитър изпращат над 65 милиона твита, а над два милиарда видеа се гледат в Ютуб. Социалната медия се свързва и с политически събития от голяма значимост, като революцията през Арабската пролет, а днес и войната в Украйна. (Von Muhlen M, 2012)

### 2. Как здравният работник използва социалните мрежи?

Чрез социалните медии здравният работник разполага с различни инструменти да споделя информация, да дебатира върху политиките на здравеопазване, да разисква различни здравни проблеми, да промотира определено поведение (Moorhead SA, 2013). Така той може да достигне до по-широка публика, да образова и комуникира с пациенти, студенти, колеги (George DR, 2013).

Социалните медии могат да бъдат използвани за подобрене на здравните резултати, да се развият професионални канали за комуникация, да се обърне вниманието на обществото към новини и открития в медицината. Пациентите могат да бъдат мотивирани, а общността да бъде информирана.

Лекарите най-често се включват в онлайн-общности, където могат да се запознаят с новостите в медицината – различни публикации, интервюта; общности, където могат да провеждат проучвания с медицинска насоченост, да обменят опит с колеги, да дискутират различни практики от ежедневието, да разпространяват идеи и практики (Fogelson NS, 2013; Chretien KC, 2013). Една нарастващата част от лекарите използва социалните мрежи за директна комуникация с пациенти, с цел подобряване на обслужването (Househ M. 2013).

В проучване на QuantiaMD, социална мрежа, на повече от 4000 лекари се установява, че над 90% от тях са използвали някакъв тип социалните мрежи за лични цели и само 65% ги използват с професионална насоченост (Fogelson NS, 2013). Една трета от участниците имат акаунти в социални мрежи (George DR, 2013). Факт е, че независимо дали за лични или професионални цели лекарите все повече използват тези платформи (Chauhan B, 2012; Chretien KC, 2013; Househ, 2013).

За разлика от лекарите, фармацевтите релативно по-бавно се включват в социалните медии. Професионалните им нужди се задоволяват от социални мрежи, специализирани за фармацевти. Проучванията показват, че те използват най-често Фейсбук. Въпреки че става въпрос за лична комуникация, съществуват над 90 страници във Фейсбук в САЩ, свързани с фармацевтичната професия. Само 10% от фармацевтите използват Туитър, а в ЛинкдИн се идентифицират над 270 000 профила с думата „фармацевт“ (Grinrod, 2014).

### **3. Видове социални мрежи**

#### **3.1. Уебсайтове за комуникация**

С развитието на социалните мрежи във времето се създават и медицински насочени професионални общности – обикновено те са скрити, защитени от достъп на непрофесионалисти като нормалната популация, дори и членове на други здравни професии, не биват допускани. Финансирането на такива сайтове е разнообразно – получават финансова подкрепа от професионалните асоциации, от реклама, финансиране от проучвания и фармацевтични компании (Grajales FJ, 2014).

В САЩ съществуват множество сайтове, предназначени за професионални цели: комуникация с колеги за обсъждане на случаи от практиката, за съвет, за създаване на национални регистри. Анонимността на участниците е запазена. Създаването на акаунт в такъв уебсайт става чрез проверка в регистъра

на лекари и студенти по медицина. Фармацевтите също могат да се възползват от такива сайтове.

България не остава по-назад. Съществуват Електронна Академия за Продължаващо Медицинско Обучение (ЕАПМО), Кредоубеб и др., където при регистрация се изисква УИН или факултетен номер на студента с цел запазване неприкосновеността на сайта и информацията в него. Сайтовете предлагат релевантна информация, възможност за дискусия, както и новини от последните световни проучвания.

### 3.2. Блогове

Думата „блог“ е съкратена от „уеб блог“ и е най-старата и най-разгърната форма на социална мрежа (Grajales FJ, 2014). Навлиза през 2004 г. Блоговете могат да достигат широка аудитория особено когато съдържанието представлява нашумяла тема. Такива постове могат да се споделят и да се разглеждат отново и отново (познато още като „вайръл“ – силно разпространени и нашумели), набират популярност и присъствие в онлайн пространството (Fogelson NS, 2013).

Блоговете позволяват публикуването на много информация по различен начин, като видео/ текст/ аудио съдържание в отворен форум. Повече блогове позволяват свободно коментиране на тези постове от читателите, което позволява диалог между блогъра и неговата публика. Такива известни блогове са: Tumblr ([www.tumblr.com](http://www.tumblr.com)), WordPress ([www.wordpress.org](http://www.wordpress.org)), и Blogger ([www.blogger.com](http://www.blogger.com)).

Някои лекари използват блоговете за комуникация с колеги или общата популация. Да вземем за пример блога на Medscape: предлага различни клинични случаи от всички специалности с препоръки за диагностика, третиране и други полезни материали (Grajales FJ, 2014). Блоговете набират популярност и сред фармацевтите, но около две трети от тези блогове са писани анонимно (Grinrod, 2014).

### 3.3. Микроблогове

Микроблоговете предлагат най-динамичната и сбита форма на предаване на информация чрез социалните мрежи. Този формат позволява постването на голям брой кратки съобщения за кратък период от време. Предлагат се много такива платформи, като най-известна от тях е Туитър. В Туитър юзърите публикуват съобщения с максимално 140 знака (туитове). Те могат да включват връзки към други медии, като например видеа или уебсайтове. Туитовите могат да съдържат хаштагове (#) – това е начин за индексване на информация, като позволява потребителят да търси туитове, свързани с определена тема.

Има над 140 различни употреби на Туитър в здравеопазването. Медицинският колеж в Пенсилвания инициира през Туитър дискусии между студенти



и учители, провежда оценяване на курсове, мониторира прогреса на студентите. В Туитър е създаден Клуб на публикациите, където се пускат постове за медицински публикации и въпроси за дискутиране с хаштаг, за да може всеки заинтересован (лекар/ студент/ други) да участва. Туитър се използва на медицински конференции за дискусии и подобряване на презентирането, т.к. позволява публикуване на коментари от публиката в реално време. Някои лекари използват Туитър с цел набиране на популярност и публика и по този начин възможност за въздействие върху решения в Здравната политика (Fogelson NS, 2013).

### 3.4. Подкаст

Подкаст представлява епизоди от аудио записи, които могат да се „свалят“ или да се слушат онлайн (Lichtenheld Anet al. 2015). Това е една бързо набираща популярност медия: в САЩ до сега 62% от хората над 12 годишна възраст са слушали подкаст, в сравнение с 2021г. – само 57%. Има около 115 000 активни подкаста с 104 154 717 месечни сваляния (<https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/why-todays-healthcare-workers-love-podcasts>).

Употребата им все повече навлиза за целите на медицинското образование (Cadogan M, 2014). Защо са толкова обичани? Могат да разпространяват информация по увлекателен начин, който очевидно попада на медицинското съсловие. Все повече медицински журналы, професионални общности правят свои подкастове (The New England Journal of Medicine, The Lancet, Journal of Clinical Oncology, Journal of the American Medical Association, Circulation, Amboss, In Vivo). Лекари и медицински сестри търсят възможно най-новата информация, която да им бъде поднесена по начин, съобразен с начина им на живот. Така се отличават подкастовете – те предлагат информация от ново поколение, предадена от първо лице, а междуременно слушателят може да извършва друга физическа работа: да разходи домашния любимец или на път за работа. Едно проучване през 2019 г. изучава дигиталните навици на здравните професионалисти. Резултатите от него показват, че 75% от здравните работници използват смартфони за слушане на подкастове, 44%-използват компютър, а 20%-таблет (<https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/why-todays-healthcare-workers-love-podcasts>).

Подкастът обикновено е под форма на интервю с експерти, което означава, че слушателят получава надеждна информация от първо лице, след което може да си изгради сам мнение по въпроса. Единственият недостатък е, че не може директно да се задават въпроси към водещите и не могат да се оставят коментари.

В медицината подкастовете могат да се използват за обучение на здравните работници – освен осведомяването за последните проучвания и новости в медицината, те могат да служат и за обучение в интеракцията с пациент. Много

подкастове описват различни случаи, разгледани както от страната на лекаря, така и от тази на пациента. Те предлагат анализ и решение на трудни разговори в ежедневната практика на здравните професионалисти.

### 3.5. Уикис

Уикис са публично достъпни форуми, съдържащи текстове и мултимедия, които могат да бъдат редактирани от потребителите. „Уики“ на хавайски диалект означава „бърз“, което реферира към скоростта, с която информацията в уики може да бъде достигната, допълнена или изтрита (Grajales FJ, 2014).

Изненадващо, но факт... Уикипедия е най-често използваното уики сред медицинската общност. Служи за справки от лекари, въпреки широкото разпространение, че информацията не е сигурна и е непълна – съществуват грешки и неточности. В проучване е установено, че 35% от 1056 фармацевти използват Уикипедия, но само 19% ѝ вярват. В друго изследване сред повече от 1000 фармацевти: един от пет казва, че вярва на Уикипедия, но само един от четирима знае, че информацията може да бъде редактирана от всеки. Една от причината за високата популярност на Уикипедия е нейното челно място в търсачката на Гугъл (Von Muhlen M, 2012).

Тъй като често се дебатира върху прецизността и пълнотата на информацията в Уикипедия, информацията за лекарствата на уебсайта беше сравнена с валидиран и сигурен източник. Анализът показва, че Уикипедия съдържа 76% от информацията и много малко грешки (най-често пропуски) (Grajales FJ, 2014). Други анализи показват, че в Уикипедия има фактически грешки, незадълбоченост на информацията в сравнение с традиционните източници (Grinrod, 2014; Nasty RT, 2014).

Други уикита разчитат на краудсорсинг (делегиране на задачи на хора, външни за фирмата) за медицинско съдържание. За да се осигури неприкосновеност и вярност се проверява източника. Например, RxWiki ([www.rxwiki.com](http://www.rxwiki.com)) позволява допълването на информация за някое лекарство само от фармацевт. Това е първоначалният модел на Medpedia (инициатива, разработена от Харвардския университет, Станфордския университет, университет в Мичиган и Калифорнийския университет в Бъркли) – те верифицират източника преди публикуването на някакво съдържание. Въпреки това, когато публикациите от проверени автори биват сравнявани със свободно достъпните платформи като Уикипедия, се установява, че те са по-къси, качеството е същото или по-лошо и имат по-малко референции.

### 3.6. Сайтове за споделяне на медия

Сайтове за споделяне на медия като Ютуб предлагат голяма палитра от инструменти за гледане, споделяне, прикачване на дигитално съдържание в „мрежата“. Предлагат образуването на профили, връзки, писане на коментари

и лични съобщения. Повечето такива сайтове са лесни за употреба, акаунтите са безплатни и са достъпни през компютър или мобилно устройство.

В медицината, сайтовете за споделяне на медия могат да се използват като източници за образователни цели, изграждане на общности, маркетинг и брандиране.

### **3.7. Виртуална реалност и гейминг среда**

Използването на виртуална реалност в медицината представлява създаването на тридименсионална среда, която позволява на потребителите да комуникират помежду си чрез виртуална репрезентация на самите тях (познато като аватар). Употребата на такива приложения набира популярност най-вече за образование на пациенти, епидемиологични цели, масова профилактика, психотерапия, хирургия и проучвания. Поради факта, че често виртуалната реалност се разбира като компютърна игра, вместо като клиничен инструмент, прилагането им в ежедневната медицинска практика се забавя (Grajales FJ, 2014).

## **ГЛАВА II. SWOT-АНАЛИЗ СОЦИАЛНИТЕ МРЕЖИ ЗА ЗДРАВНИЯ РАБОТНИК**

### **1. Силни страни**

#### **1.1. Свързване на професионално ниво**

Най-популярни сред лекарите са сайтовете, където те могат да участват в онлайн общности, да се допитват до експерти и да осъществяват комуникация с колеги относно случаи с пациенти (Househ, 2013). Употребата на социални мрежи сред фармацевтите също се фокусира върху комуникацията с колеги (Grinrod, 2014). Освен клинични теми, дискусиите в тези сайтове адресират различни теми като например етика, политика, биостатистика, практикуване, кариерни стратегии, че дори и лични отношения в медицинските среди (Grajales FJ, 2014). Такива сайтове могат да осигурят подкрепата, необходима на специалистта, за да оцелее (George DR, 2013).

Друг пример за професионални мрежи е краудсорсингът. Чрез него се запазват знания и умения на общността за разрешаване на проблеми или събиране на мнения по даден въпрос (Chretien KC, 2013; Dizon DS, 2012). Чрез социалните мрежи здравни работници от Третия свят могат да комуникират със специалисти от развитите страни. Например, хирургични процедури могат да се излъчват онлайн в реално време чрез интернет, а междувремежно могат да се водят дискусии в Туитър (MacMillan, 2013). Така социалните мрежи създават нов канал за комуникация за здравните работници на професионално

ниво, където да споделят и обменят опит по бърз и достъпен начин, невиджан досега. Днес съществува възможността за провеждане на онлайн професионални курсове. Никой не си е представял, че ще може от лекарския кабинет да се обучава „рамо до рамо“ с колеги от Индия, Япония и Австралия едновременно, докато преподавателят се намира в операционната зала в САЩ.

## 1.2. Професионално образование

Студентите по медицина днес са родени в периода 1982-2000 г., принадлежат към генерацията на „Милениалите“. Това е термин, въведен от Штраус и Хове през 1992 г. в книгата „Генерации: История на бъдещето на Америка, 1584 до 2069 г.“ От тогава насам се провеждат многобройни студии, които изучават поведението и интеракцията на тези индивиди (Roberts DH, 2012). Ставайки дума за медицинско образование, милениалите имат нужда от „обратна връзка“, повече интеракция с техните състуденти, връзките им са по-емоционални (Borges NJ, 2010). По принцип младите хора от това поколение са по-напористи, с нарцистични черти и имат големи очаквания от бъдещето (Twenge, 2009). Поради тези уникални характеристики, те имат и по-различни предпочитания, мотивация и очаквания относно образование и начините за оценяване на знания от предишни генерации (Desy JR, 2017). Милениалите искат да участват в уникални образователни системи, адаптирани за техните нужди, в т.н. „наптеризъм“, наименован на първите услуги за споделяне на музика онлайн, които позволяват създаването на собствен плейлист. Тези ученици и студенти предпочитат практическото учене пред четенето на дълги текстове и очакват техните учители да ги оценяват в реалните условия на средата.

Интегрирането на технологии в медицинските науки е очаквано от генерация „У“ (друго име за милениали) – т.к. 1 от 5 работят с компютър още от 5-годишна възраст, докато предишни генерация са имали досег с такава техника едва на 18, че и по-късно (Kurup, 2010). За тях технологичната грамотност означава да си адекватен, да можеш да комуникираш с хора от същото поколение (Price, 2010). Много милениали желаят да използват социалните медии с образователни цели (Barrу DS, 2016). И така ... социалните мрежи очевидно са незаменима част от ежедневието на тази генерация, което води и до факта, че разграничителната линия между професионален и личен живот е доста по-тънка от предишни поколения (Tamoto Paula, 2020).

Комуникационните възможности на социалните мрежи се използват и за подобрения в клиничното обучение (Desy JR, 2017). Високата честота на употреба на тази медия от 18- до 29-годишните предизвика промени в начина на обучение в здравните науки (Strauss W, 1992). Много студии показват употребата на социални мрежи за подобрене в разбирането на клиничния студент за комуникация, професионализъм, етика (Roberts DH, 2012). Университети днес използват социалните мрежи с цел рекрутиране на студенти, улесняване

достъпа до академични библиотеки; създаване на онлайн класни стаи с работно време.

Социалните мрежи са имплементирани в учебния план на бакалавърските фармацевтични програми (Grinrod, 2014). Проучване през 2011 г. установява, че 38% от членовете на фармацевтичните факултети използват Фейсбук за преподаване, като 50% от тях споделят намеренията си да продължат употребата му (Strauss W, 1992). Така учител по гериатрична фармакотерапия от университета в Роуд Айлънд използва Фейсбук, за да стимулира дискусия и да свърже студенти с възрастни граждани, участващи в проекта. Този опит подобрява представите на студентите за възрастните хора и запознава пенсионерите с Фейсбук. Университетът в Обърн пък прави възможно анонимното участие на студенти в дискусии чрез Туитър. До края на семестъра 81% от студентите споделят, че Туитър им е дал куража да изкажат мнението си свободно.

Онлайн социалните платформи повлияват и на образованието на медицинските сестри. 53% от училищата за медицински сестри използват социални мрежи (Реск, 2014). Туитър се използва за подобряване на способността за вземане на решение в критични ситуации. Ученикът гледа видеа с различни клинични сценарии, „гуитва“ своите наблюдения относно състоянието на пациента като обратна връзка към своя учител. Други използват излъчване на живо през Туитър за споделяне на протичането на обучението в клас, създават се хаштагове, за да могат да се споделят видеа, уебсайтове, публикации и фотоси. Медия като Ютуб може да стимулира дискутирането в класна стая, да онагледя дадена тема. Студентите могат да гледат видеа и след това да отговорят на въпроси за клинично обосноваване.

И все пак въвеждането на социалните мрежи в клиничното образование среща и своите врагове. Повечето курсове, използващи социални медии, се приемат добре, но в някои случаи студентите споделят, че употребата на Фейсбук за преподаване е навлизане в личното им пространство. Балансирането на подобрените комуникационни възможности чрез социалните мрежи както и повишеното ниво на разсейване в образователната среда е предизвикателство. За съжаление няма разработени стандарти за употребата на социални мрежи в образованието (Roberts DH, 2012).

Днес, когато се опитваме да се върнем към начина си на живот преди пандемията Ковид 19 – хората се връщат на работното си място, учениците – по класните стаи, някои добри практики, които бяха доразвити и получи-ха своя тласък по време на локдауна, си пробиват път. Да вземем например подкастовете. Големи медицински журналы като „The New England Journal of Medicine“, „The Lancet“ правят свои подкастове, където се обсъждат резултатите от последните проучвания в медицината. Така тази информация може да достигне до по-голяма и интернационална публика. Професионалните общ-

ности също разработват свои подкастове, насочени към медицински работници, но и към пациенти, за да популяризират развитието на науката.

За учащите подкастовете не се различават много от лекциите, с разликата, че съдържанието може да се повтаря, може да се слуша от всяка точка на света, по всяко време (Cho Daniel, 2017). Потребителите смятат, че подкаст с визуализации е по –полезен (Shantikumar, 2009). Някои проучвания съобщават, че чрез подкаста се стимулира комуникацията между учители и учащи (Childers RE, 2014; White J, 2012; Lorimer J, 2009). В България подкастът In Vivo е направен от студенти за студенти по медицина с цел обогатяване на общата култура на медицинския студент с интересни факти около медицинските факти, които трябва да бъдат научени. Подкастът на Amboss представя медицински случаи от ежедневието и алгоритъма на действие на лекаря в такива ситуации. МБАЛ „Надежда“ наскоро разработи свой подкаст, където се провеждат интервюта със специалисти от медицинското съсловие – обсъждат се новости, ползите и рисковете от тях.

### 1.3. Организация

Здравните организации, включително болници, здравни системи, професионални общности, фармацевтични компании, пациентски организации и подобни се възползват от всеобхватните възможности на социалните мрежи (ASHP, 2014; Dizon DS, 2012). Използват ги за комуникация с различни общности и пациенти, подобряване на прозрачността на обслужване; промотиране на продукти и услуги, създаване на възможност за получаване на новини за събития, промоции, програми за събиране на средства; създаване на канали с информация за пациенти; осигуряване на поддръжка и помощ за клиента (Lambert KM, 2012; George DR, 2013; Househ, 2013; Fogelson NS, 2013). Установено е, че над 70% от американските здравноосигурителни организации използват социални мрежи като Фейсбук, Туитър, Ютуб (Peck, 2014). Блогове също често се използват от болници и медицински центрове (Grajales FJ, 2014).

Проучванията показват, че употребата на социалните мрежи може да подобри значително имиджа на медицинския център или болницата. В една студия, 57% от потребителите казват, че присъствието на болниците в социалните мрежи има голямо влияние върху избора им къде да изберат да се лекуват. Силното присъствие в социалните медии се интерпретира от 81% от участниците в студията, че болницата е развита добре технологично. В друго проучване 12,5% от участвалите здравни организации отразяват привличането на нови пациенти благодарение на социалните мрежи.

Социалните мрежи все по-често се използват и от здравни организации с идеална цел. „Mayo Clinic“ става интернационален лидер, създавайки социалната си здравна мрежа „Social Media Health Network“ през 2010 г. Мисията на този проект е да се запази автентичността на пациенти и здрав-

ни професионалисти, изграждайки връзки чрез революционната сила на социалните мрежи (Househ, 2013). Инициативата има присъствие във Фейсбук, Ютуб, Туитър (George DR, 2013). Разполага с голяма библиотека от блог-постове, подкасти, конференции, уебинари, които да ангажират заинтересованите. Mayo Clinic, както и други образователни здравни институции използват блогите за стимулиране обмяната на знания и опит между колеги, имплементират се нови протоколи за работа (Grajales FJ, 2014). Много университети днес разполагат с брандирани Ютуб-канални, където могат да се разпространяват видеа чрез университетската социална мрежа.

Социалната медия позволява на аптеките комуникация с големи групи потребители едновременно, дава възможност за извършване на проучвания, позволява на пациентите чувство на принадлежност към фармацевтичната общност (O'Hara B, 2013). Много аптеки използват социалните мрежи, за да достигнат до последователи за относно промотирането на продукти, услуги, намаления, важни събития и здравна информация. Някои големи вериги аптеки и застрахователни компании дори създават пилотни програми, които позволяват изпълнение на лекарствени рецепти и напомнят за посещения при лекар чрез съобщения през социалните мрежи (Farnan JM, 2013).

#### 1.4. Грижа за пациента

Въпреки началното недоверие на лекарите за използване на социалните мрежи за директна грижа на пациента, днес все повече клиницисти разчитат на тази услуга. Например, университетът в Джорджия по здравни науки дава достъп на пациентите до платформата „WebView“, където те могат да отправят въпроси към лекаря си, да помолят за нова рецепта и т.н. (Chauhan B, 2012; Dizon DS, 2012).

Последните изследвания показват повишен интерес от страна на лекарите да комуникират онлайн с пациентите си. А пандемията Ковид 19 само засили още тази тенденция. Около 60% от лекарите одобряват употребата на социални мрежи с цел обучение на пациентите и мониториране на здравето, за окуражаване на даден тип поведение и прием на лекарства, с надеждата, че тези усилия ще доведат „по-добро образование, по-добър комплайънс и по-добри резултати“ (Househ, 2013). Междувременно други проучвания отразяват присъствието на значителна опозиция сред лекарите против комуникация с пациентите чрез социални мрежи – смятат го за етически проблематично (Dizon DS, 2012).

Доказателствата сочат, че електронната комуникация с пациенти може да подобри грижата и здравето им. Електронният достъп до пациентите подсилва връзката лекар-пациент и подобрява комплайънса на пациенти с хронични заболявания. (Farnan JM, 2013) Така може да се подобри и задоволеността на пациента – лекарят му обръща повече внимание, отговаря на въпросите му

(Farnan JM, 2013). Проучване сред пациенти съобщава, че 56% от тях искат техният лекар да използва социалните мрежи за напомняне на часове, за запазване на час, за вземане на резултати от изследване, за нотификация за рецепти и да отговаря на общи въпроси (Chretien KC, 2013). Пациенти, които в момента не използват социални мрежи, биха използвали такива, ако имат възможността така да се свържат със своя лекар.

Навлизането на телемедицината в ежедневието ни бе катализирано сериозно от пандемията Ковид 19. В САЩ от 2,5% от населението, доверяващи се на телемедицината през 2019 г., през 2021 г. цели 85% разчитат на тази услуга (<https://time.com/5926397/health-workers-tiktok-covid-19/>).

### 1.5. Обучение / Информираност на пациента

Социалните мрежи могат да подобрят достъпа на пациенти до здравна информация (MacMillan, 2013). В САЩ 8 от 10 Интернет потребители търсят информация за тяхното здраве онлайн и 74% от тях използват социалните мрежи (Von Muhlen M, 2012; Childs LM, 2012). Чрез социалните медии пациентите могат да участват във виртуални общности, в проучвания, да получават финансова и морална подкрепа, да си поставят цели и да проследяват личния си прогрес (Lambert KM, 2012).

Лекарите използват социалните мрежи за промотиране на обучение на пациента с цел повишаване на неговата информираност (Dizon DS, 2012). Те туитват, качват постове в блогове, записват видеа и участват в тематични форуми. Такива форуми дават възможност на лекарите да разпространяват информация, базирана на факти, могат да опонират на неточностите в интернет.

За разлика от здравните съвети онлайн, онлайн комуникацията с лекар може да резонира повече и да доведе до по-добро сътрудничество от страна на пациента (George DR, 2013). Някои лекари вярват, че социалните медии ще бъдат от голяма полза за пациенти с хронични и редки, фатални заболявания, пациенти с въпроси за майчиното и детското здраве или теми за личния здравен прогрес, като намаляване на телесната маса (Househ, 2013). Разпространението на надеждна информация в информация мотивира значими поведенчески промени (George DR, 2013). И до ден днешен продължават проучвания, които показват позитивния ефект от интервенции чрез социалните мрежи върху загубата на тегло, спиране на тютюнопушенето, рисково сексуално поведение и физическа активност.

Пациентите използват социалните медии, за да се свържат с други хора в тяхното положение. Например социалната мрежа „PatientsLikeMe“ ([www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com)) осигурява възможност за интеракция между пациенти в сходни състояния. Съществуват различни Фейсбук групи, където са абонирани хора с определени медицински заболявания (Childs LM, 2012). Такива



групи осигуряват подкрепа морална и финансова, въвличайки организации и индивиди в техните инициативи (Grajales FJ, 2014).

### **1.6. Обществени здравни програми**

Социалните медии създават широка глобална мрежа, която може да разпространява информация бързо и да мобилизира голям брой хора към здравен прогрес. Те могат да бъдат силен инструмент за обществена информираност и разпространяват належащи здравни теми (Farnan JM, 2013). Някои държавни здравни департаменти в САЩ използват Туитър и други социални мрежи с тези цели (Househ, 2013).

Други публични здравни организации използват ключови думи в Туитър в комбинация с възможности за проследяване на локация, за да могат да реагират бързо в ситуации на непредвидени ситуации, както и да контролират здравето и благосъстоянието на населението. CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Център за контрол на заболяванията и превенцията, САЩ) поддържа активно присъствие в Туитър и Фейсбук, за да проследява туйтове, които споделят природни катастрофи или други подобни случаи. Те също използват социалните мрежи за локализация и мониторинг на източниците и съмнителни случаи на случаи с Легионела.

Организации като американския Червен кръст проследяват постове в Туитър по време на природни катастрофи, като урагани, земетресения, за да събират данни за оцелелите и техните нужди (Fogelson NS, 2013). Блоговете биват проследявани от болниците за информиране относно събития с голям брой жертви (Grajales FJ, 2014). Така използвани социалните мрежи в реално време могат да подобрят готовността на съответните органи за реакция в спешни ситуации (George DR, 2013). Социалните медии разполагат с персонал, отговарящ за реакция при катастрофи и спешни случаи с цел бързото разпространение на новината и достъп на агенции като CDC и други подобни данните (Chauhan B, 2012).

Широката употреба на социалните мрежи може да повлияе на общественото здравно поведение и целите чрез социално рекрутиране. Т.к. хората са силно социални същества, те често се повлияват от техни приятели или приятел на приятел. Един от примерите за силния ефект на социалните мрежи бе наблюдаван, след като Фейсбук позволи обявяването на статуса за донорство на своите потребители. Националната донорска банка в САЩ отчита покачване на регистрациите за донорство с 23 пъти, вероятно като последствие от новата функционалност.

## 2. Слаби страни

### 2.1. Ниско качество на информацията

Основният недостатък на здравната информация в социалните мрежи и други виртуални източници е липсата на контрол и качество (Moorhead SA, 2013). Авторите на медицинска информация в социалните медии често са непознати, разпознават се по лимитираната информация (Pirraglia PA, 2012). Данните са непълни, не са описани научно и рядко се позовават на проверени източници (Jones K, 2013). Интерактивната природа на социалните мрежи засилва сериозността на тези въпроси, т.к. всеки потребител може да публикува съдържание в сайт. Социалната медия може да бъде засегната от проблеми с авторските права на информацията.

Какво може да направи здравния работник в такива ситуации? Той може да насочи пациентите си към посещение на сайтове с проверена информация и качество (Farnan JM, 2013). Световната здравна организация е въвела заявление към Интернет Корпорацията за упълномощени имена и номера за въвеждане на нова домейн наставка, която ще се използва изцяло за валидиране на медицинска информация (Grajales FJ, 2014). Издаването на наставката ще бъде стриктно регулирано, съдържанието на уебсайтовете с тези адреси ще бъдат мониторираны, за да се осигури следването на качествените критерии (Childs LM, 2012). Тези домейн адреси ще бъдат приоритизирани от интернет търсачките при заявка за информация, свързана със здравни проблеми.

Нужно е въвеждане на регулации какво точно трябва да включват сайтовете, подкастовете, блоговете, за да бъдат зачислени към социалните мрежи с учебителна цел. Необходими са проучвания, които да сравнят ползите от обучението чрез тях вместо традиционните методи (Cho Daniel, 2017).

### 2.3. Нарушения в поверителността на пациента

Несигурностите около употребата на здравния работник на социални мрежи се концентрират често върху последиците от възможността за нарушение на поверителността на данните на пациента (Lambert KM, 2012). Това може да изобличи здравния работник и други здравни субекти пред федералния закон на Съединените американски щати (HIPAA) (Chretien KC, 2013).

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act – федерален закон, създаден 1996 г., за създаване на стандарти за издаване на сензитивна пациентска информация от разпространение без изричното съгласие на пациента) модифицирана от акта на Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH), позволиха използването на електронни здравни досиета на пациента, управлява използването и изобличаване на пациентски данни от определени субекти, включително здравни работници и болници.

НІТЕСН документира и менажира условията за съобщаване при нарушения на поверителността и се опитва да включва повече и повече бизнес партньори. Секция 13410 (d) е адресирана към цивилни и криминални наказания за нарушения в зависимост от сериозността на нарушението и неговите последици. Въпреки че употребата на социални мрежи не е упомената отделно, това може да се използва като част от юрисдикцията на НІРАА и НІТЕСН. Здравният работник може да наруши федерален закон по всевъзможни начини, качвайки снимки, видеа или съдържание относно даден пациент в някои от социалните медии (Lambert КМ, 2012). Дали комуникацията е „с“ или „за“ пациента, нарушаването на неговата конфиденциалност може да завърши със завеждане на съдебен иск срещу здравния работник и потенциално неговия работодател. Важно е да се отбележи, че НІРАА не ограничават разпространението на информация, която е „деидентифицирана“ (Fogelson NS, 2013).

През 2003 г. Департаментът по Здравни и Човешки услуги (Department of Health and Human Services-HHS) издават правилата за поверителност на НІРАА. Това са първите федерални стандарти за защита на пациентските данни (Chretien КС, 2013). Нарушителите ще бъдат тежко глобявани, могат да бъдат повдигнати обвинения срещу тях поради разпространяване на лична информация без необходимото информирано съгласие: устно, писмено и електронно попълнено. Правилата за поверителност на НІРАА включват и „спасителни стандарти“, които задължават субектите да пазят пациентските данни от неправомерно разпространение, използвайки физически, административни и технически насоки. Те са флексибилни. Така например комуникацията лекар-пациент през некриптиран имейл може да бъде позволена, стига допълнителните спасителни условия да са изпълнени.

За да бъдат съобразени правилата за поверителност на НІРАА, клиничните винетки в социалните мрежи относно пациентите трябва да бъдат напълно анонимизирани – без лична информация за пациента (Farnan JM, 2013). Тази „деидентификация“ се постига сменяйки данните на пациента (име, дата на раждане, снимки и т.н.), като се избягва описание на редки случаи, както и без упоменаване на определен период от време и локация без изричното одобрение на пациента (Grajales FJ, 2014). Въпреки положените усилия все още се съобщава за голям брой нарушения от този тип, включващи социалните мрежи. Да защитиш идентичността на пациента понякога се оказва трудно предизвикателство. В студия на медицинските блогове, писани от здравни работници, отделни пациенти са могли да бъдат идентифицирани: 42% от 271 случая. От тези случаи 17% са съдържали достатъчно разкриваща информация, че пациентът сам да се познае в описанието, а цели три са съдържали снимки на пациентите (Chretien КС, 2013).

Съгласието на пациента е важно при употребата на социални мрежи (Lambert КМ, 2012). Здравният работник или здравната организация могат

да преценят дали им трябва пациентското съгласие, имайки предвид къде ще бъде публикувана информацията (Fogelson NS, 2013). Системи като Doximity теоретично се смятат за защитени относно пазенето на пациентската информация, ако предположим, че четящият има необходимите права за достъп до такава информация. Все пак зависи от здравния работник, практиката или организацията дали е необходимо съгласието на пациента преди публикуването на деидентифицирани случаи онлайн.

### **2.3. Прекриване на границата здравен работник-пациент**

Здравните лица, които комуникират с пациенти чрез социални медии прекриват границата на запазване на професионализма дори и ако самият пациент инициира такава комуникация (Farnan JM, 2013). Скорешно проучване съобщава, че пациентите често разширяват приятелския кръг, изпращайки покани за приятелство на техните лекари във Фейсбук. Много малко професионалисти откликват на тези покани, защото се препоръчва избягване на такъв тип комуникация през публичните мрежи (George DR, 2013). По принцип политиката на организациите не одобрява личната онлайн комуникация между здравен работник и пациент.

Здравните лица трябва да се запознаят с политиката на поверителност в социалната платформа, която ще потребяват, за да могат да запазят поверителност и неприкосновеност на личните си профили. Вместо да се сприятеляват или комуникират с пациент в социалните мрежи, здравните лица могат да предложат на пациента сайтове, които са насочени към публикуване на здравната история на пациента, за да може да проследи професионално случая (Peck, 2014). Например CaringBridge ([www.caringbridge.org](http://www.caringbridge.org)) е уебсайт с идеална цел, където пациентът си създава профил с киберзащита. Този профил може да се използва за интерактивна комуникация със заинтересовани за здравето на потребителя страни (Peck, 2014).

Лекарите могат да нарушат личното пространство на пациента чрез употреба на неуместна информация, намерена онлайн или из социалните платформи (Farnan JM, 2013). Т.к. социалните медии предлагат океан от информация за пациента, тя може да бъде използвана в помощ на здравното обслужване (Chretien KC, 2013). Тази практика, позната като „ориентирано към пациента търсене в Гугъл“ („patient-targeted Googling“), се обсъжда в медицинските среди. Така може да се разпознае спешен пациент с амнезия или да се наложи предотвратяване на самоубийство, следейки блог на пациент. Въпреки това съществува немалка възможност от размиване на личните и професионалните граници, т.к. тази практика може да бъде съпроводена от недоброжелателно любопитство, воайеризъм и т.н.

Здравният работник може да наблюдава постове и снимки в социалните платформи, които показват пациента в рискови ситуации, застрашаващи не-

говото здраве. Изследвайки дигиталното поведение на пациента, като дали пуши, дали спазва здравословен режим, може да наруши доверието, което е необходимо за връзката лекар-пациент. Затова в подобни случаи здравните лица трябва да подбират източниците си на информация и да се обърнат професионално към проблема и неговото обсъждане с пациента.

## 2.4. Правни проблеми

Широкото използване на социални медии доведе до нови правни проблеми (Реск, 2014). Няколко конституционни права могат да бъдат отнесени до тях, като свободата на словото, свободата на търсене, правото на поверителност. Тези права могат да бъдат запазени дори и в ерата на социалните мрежи.

През 2009 г. Окръжният съд в САЩ гласува освобождаването на студент в училището за медицински сестри след нарушаване на кода на честта на училището правейки груби ремарки за расата, пола и религията на пациентите, за които се е грижила. Съдът заключава, че кодът на честта на училището и споразумението за конфиденциалност, подписано от всеки студент, определя граници на приемливо поведение, отричайки претенциите на студента за наняване свободата му на слово (Реск, 2014). Така завършва и още едно дело, отнасящо се до студентка, публикувала лични изображения като пиян пират в MySpace.

Правни дела не бива да се обсъждат в социалните мрежи. Последният закон в САЩ по темата гласи, че такава информация вече е достъпна, но достъпа зависи от целта, с която тя се търси (Fogelson NS, 2013). Дори и публикувана анонимно, съществуват достатъчно начини за разследване, водейки до правна информация за определения човек или инцидент. Политиката на Фейсбук за употреба на данните информира потребителите, че „ние имаме достъп, запазваме и споделяме информация при правна молба“ в и извън юрисдикцията на Американските щати (Chretien KC, 2013). Тази политика включва и споделяне на информация, при спешни разследвания, за да се предотвратят виртуални измами или нелегални действия, с цел защита на Фейсбук, неговите потребители или трети страни. Публикуваните данни в социалните мрежи могат да се използват за създаването на профили на участниците в правни дела.

Здравните работници могат да бъдат подведени под правна отговорност, ако не отговорят на въпрос, изпратен чрез социална медия, нуждаещ се от медицински съвет. Предложени са няколко легални начина за отговор на такива молби, които да се използват както стандартизирани отговори: Например, автоматичният отговор може да съобщава, че здравното лице не дава отговори онлайн; може да предоставя номера за контакти, за да бъде насрочена консултация; може да изпраща списък със звена за спешна помощ, ако въпросът не търпи отлагане. В случаи, когато връзката лекар-пациент вече съществува, трябва да бъде подписано информирано съгласие за извършване на онлайн

дискусии относно здравни въпроси. Трябва да бъдат описани рисковете на он-лайн комуникацията, очакваното време за отговор и реакциите в спешни случаи. Този документ трябва да бъде запазен в пациентското досие.

### 3. Възможности

Употребата на социалните мрежи в здравеопазването все още не се приема всеобщо, поради факта, че нямаме представа какви са възможностите на този тип медия. Всеки ден се допълват нови функционалности към характеристиките, появяват се нови видове мрежи, а все още няма закони за контрол на информацията. На фона на страха от непознатото можем да подходим и по-смело към социалните мрежи, за да създадем възможност за бърз прогрес чрез тях.

#### 3.1. Телемедицина

Телемедицина или телездраве представлява употребата на телекомуникационни технологии в доставянето на здравна грижа, информация, образование, съобразено със здравните регулации на съответната държава (Rutledge SM, 2017; Balestra, 2018). Здравната грижа обхваща мониториране на пациент от разстояние, провеждане на консултации чрез видеоконферентна връзка, употреба на различни здравни приложения, обмен на изображения и медицинска документация. Първоначално телемедицината се създава за обслужване на пациенти в отдалечени райони (Gilman M, 2013). Възможностите на телездравеопазването са големи, начините за комуникация многобройни – телефон, имейл, видео чат и т.н. По време на Ковид-вълната телемедицината беше развита до неузнаваеми размери.

Съществуват различни фактори, които могат да обяснят това явление. Един от тези фактори е, че здравеопазването не се заплаща по метода „такса за услуга“, а реимбурсацията е свързана с пациента и качествените резултати. С нарастващия натиск върху болниците да се осигурява по-добро обслужване на пациентите на по-ниски цени, телемедицината предлага начин за решение на този проблем. В САЩ чрез телемедицината могат да се намалят рисковете от употребата на грешни лекарства, да се избегнат ненужни посещения на спешните звена и дългите хоспитализационни периоди. В свят, в който здравният персонал е недостатъчен и съответно обслужването на много пациенти е затруднено, телездравеопазването създава удобството да имаш достъп до качествена здравна консултация, спестявайки разходите за път и времето за чакане. За съжаление по-възрастните поколения изпитват известни трудности с употребата на днешните технологии, а интернет връзката в отдалечените райони не е достатъчно добра, съществуват региони без обхват, което затруднява достъпа до тази услуга.

Ползите от телемедицината са неоспорими. Удобството да комуникираш от условията на дома с професионалисти спестява време и пари. Това е от пол-

за за работодателите, т.к. няма нужда да се взима болничен, за да отидеш на лекар. За семейства с деца е по-удобно консултацията да се случи онлайн, без да е необходимо да се пътува с малки деца и родителите да се чувстват като звероукротители (<https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/benefits-of-telemedicine>).

Навлизането на телемедицината бе катализирано от Пандемията Ковид 19, когато безцелното излагане в обществото бе забранено. Чрез виртуалните консултации може да се превентира разпространението на зарази като Ковид 19, обикновен грип и т.н.

Консултации със специалисти в домашни условия могат да помогнат на здравните професионалисти в преценката за вашето здраве. Например по време на консултация с алерголог, той може да получи по-голяма представа за навиците на пациента си и начина му на живот, домашните условия, докато комуникира с пациента с видеочат. Неврологът може да оцени до колко пациента самостоятелно може да се обгрижва в домашни условия. **Error! Bookmark not defined.**

### 3.2. Обучение от ново поколение

Пандемията Ковид 19 ни показва, че при добра воля онлайн формата на обучение може да бъде въведена в образователната система като успешен начин за преподаване по принцип. Социалните мрежи възникват от потребителите, те са колаборация и представят ново измерение в обучението чрез активно участие (Но К, 2014). Еволюция е обучението от индивидуален конструиран модел, където знанията са конструирани от потребителя, в свързващ модел, където знанията се базират на обмен на опит и се разпространяват чрез връзките между учащите (Siemens, 2014).

Въпреки че социалните мрежи са сравнително нов инструмент за някои преподаватели, днешните студенти по медицина са ги използвали достатъчно дълго като средство за комуникация през своето юношество, в професионалния и личния си живот. Социалните медии подобряват медицинското образование, като увеличават студентите да изградят собствените си знания, създават чувство на ангажираност, възможност за изказване на лично мнение и активно учене. Например, специализанти използват Фейсбук или Google+ за създаване на онлайн групи за колаборация, да споделят източници на информация, за морална подкрепа на колегите си (Gray K, 2010). Преподавателите могат да включат видеа от Ютуб в своите лекции, които засягат материала, за да улеснят чрез визуализации осъзнаването му. Тези видеа могат да бъдат гледани и по-късно от студента при неясноти в материала (Torps D, 2013). Студентите могат да бъдат стимулирани да туитват въпроси по време на лекции или конференции (Junco R, 2010). Някои могат да публикуват в блогове и после тези публикации да създадат дискусия между колеги. Студентите могат да

колаборират в създаването на уикис, свързани с медицински теми, синтезирани на информация и споделяне на знания (Wendy M Davis, 2015). Подкастове, споделяне на изображения (през Flickr) и файлове (Google Drive, Dropbox) също могат да се използват. Тази онлайн среда и информацията в нея може да стимулира факултетите да проверяват информацията в социалните мрежи в глобални платформи, за да осигурят адекватността на информацията, и да могат да дават релевантна обратна връзка на студентите си при възникнали въпроси. Преводът на знания и продължаващото професионално развитие могат да бъдат подобрени чрез формирането на колаборации от интернационални онлайн медицински журнали.

Употребата на подкастове като лекционна форма е добър начин всеки желаещ да има достъп до лекциите по всяко време, навсякъде (<https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/why-todays-healthcare-workers-love-podcasts>). Индустрията на здравеопазването се развива с невиджани темпове и професионалистите трябва да се осведомяват за новостите в бранша, нови регулации, обучение и сертифициране. Всичко това подобрява обслужването на пациента. Онлайн обученията позволяват на лекари в отдалечени региони да комуникират и обменят опит с професионалисти. Така те могат да поддържат високо качество на грижа за пациента (<https://geniusee.com/single-blog/why-is-e-learning-for-healthcare-so-important-today-for-professionals-and-the-industry>).

Разработването на такъв тип преподаване започва още през 2002 г. Днес технологията е напреднала дотолкова, че работим с изкуствен интелект и виртуална реалност, които подобряват качеството на обучението. Новости се случват всеки ден, а системата е тровава, за да разпространи мълвата по обичайния начин. Но социалните мрежи могат с бързи темпове да разпространят новини, така че лекарите да бъдат винаги в крак с времето само с натискането на един бутон (<https://geniusee.com/single-blog/why-is-e-learning-for-healthcare-so-important-today-for-professionals-and-the-industry>).

### 3.3. Обществени зграбни организации

Както беше упоменато по-горе, социалните мрежи могат да служат като средство за комуникация в спешни ситуации. Тези медии са първото място, което много хора използват като източник на информация или когато искат да споделят за важно събитие в живота си. За съжаление и много невярна информация може да бъде публикувана и да се създаде безсмислена паника сред населението.

Затова и бе публикуван ISO 22329, „Мениджмънт в кризисни ситуации – Препоръки за употребата на социалните мрежи в спешни ситуации“, съставен от комитет на ISO (International Organization for Standardization, Интернационална агенция по стандартизация). Освен че създава стандарти за потребяването на социални медии в кризисни ситуации, той помага на организации и



общността да използват и комуникират чрез социалните мрежи ефективно – преди, по време и след дадено събитие (<https://www.iso.org/news/ref2778.html>).

През 2018 г. 36% от американците между 18 и 29 години споделят, че разчитат за новини от социалните мрежи. През 2021 г. за много от младите основната социална медия е ТикТок, като от 26,5 милиона активни месечни потребители на ТикТок 60% са били между 16 и 24 години, съобщава Ройтерс (<https://time.com/5926397/health-workers-tiktok-covid-1>).

Във времена на непредвидени събития, като природни катастрофи, терористични атаки, социалните платформи могат да служат като новинарски канал: новините се съобщават в реално време и достигат до по-голяма публика. Лекарски екипи и екипи на Спешна помощ могат да се организират и така да осигурят по-добра грижа за пострадалите на място. Болниците могат да бъдат подготвени за жертвите с необходимите спешни набори, да освободят достатъчно място за новопристигналите в спешното звено и да осигурят достатъчно професионалисти, които да се погрижат за тях. Чрез социалните мрежи те могат да комуникират със семействата на пострадалите и така да ги информират за състоянието на пострадалите, посредством социалните връзки през профила на пострадалия или чрез Google People Finder (<https://starr.org/2019/three-benefits-of-social-media-in-times-of-crisis>).

Вече съществуват различни социални платформи като линии за помощ във Фейсбук, Туитър, които предлагат информация и стратегии за приемане на случилото се. Има платформи за връзка с Червения кръст, където да се регистрират катастрофи – природни или не.

По време на пандемията Ковид 19 здравните работници станаха „вайръл“ в социалните мрежи. Лекарите и медицински сестри се опитваха да покажат на обществото трудностите, които срещат при лечение на тежките случаи. Развенчаваха митовете относно коронавирусната инфекция и разпространяваха правилното поведение по време на тази криза. Благодарение на създадения алгоритъм в социалните мрежи мълниеносно грешна или подвеждаща информация се разпространяваше. През септември 2021 г. проучване на Североизточния университет, обхващащо повече от 21 000 американци, установи, че възрастни под 25-годишна възраст най-често вярват на такива грешни послания относно Ковид 19. 28% от участниците между 18 и 24 години вярвали, че Ковид се разпространява чрез ядене на прилепи, за разлика от възрастните над 65 – само 6% от тях вярват на това. Над 29 000 видеа са свалени от ТикТок именно заради неправомерността им (<https://time.com/5926397/health-workers-tiktok-covid-19>). Пионери като Dr. Noci и Leslie започват да развенчават легендите около Ковид 19, подкрепени с научни доказателства. Д-р Роуз Мари Лесли, специалист по семейна медицина в Университета в Минесота, е обявена за „създател с най-много въздействие“ в ТикТок през 2020 г. Тя се насочва към младата публика и им разяснява, че техните решения в ситуацията на

пандемия, могат да имат огромно въздействие за техните общности. Д-р Естер Чоо и Джеръми Фауст използваха своите платформи, за да мотивират цялата общност да спазват мерките за сигурност по време на пандемията (Gottlieb M, 2020).

Д-р Брайън Вартабедиан определя обществения лекар като „някой, който вижда неговото публично присъствие като част от работата му“ и „се опитва да се свърже с публиката“ (Vartabedian, 2020).

И така социалните мрежи могат да се използват за пропаганда и разпространение на здравна политика, правилно поведение, здравословен начин на живот и т.н. Те са изключително полезни при проследяване на хронично болни пациенти, т.к. непрекъснатите постове въздействат на болните и ги карат да не губят целеустременост и надежда.

## **4. Заплахи**

### **4.1. Заплаха за професионалния имидж**

Един от основните рискове при употребата на социална медия е издаването на непрофесионално съдържание, което може да рефлектира отрицателно върху здравния работник, студентите и други свързани институции (Реск, 2014). Социалните мрежи разпространяват информация от личен характер: човешката идентичност, ценности и приоритети и първото впечатление от тази информация може да остане трайно в съзнанието на човек (Bernhardt M, 2014). Възприетията се базират на всяка информация от профила в социалните мрежи: снимки, постове, прякори, коментари – харесани и споделени, както и приятели, каузи, организация, игри и всевъзможна медия, която може да бъде последвана.

Поведение, което може да се разбира като непрофесионално включва навлизане в личното пространство, употреба на псувни или дескриминативен език, картинки със сексуален намек или интоксикация, отрицателни коментари относно пациенти, работодатели или училище/ университет. Такива погрешни стъпки, направени от здравния работник се документират, това включва и снимки, качени от лекари по време на операция, позиращи с оръжия или алкохол, постване на туитове с обиден език (Farnan JM, 2013). Освобождането на напрежението във форумите чрез споделяне за пациенти също не е препоръчително.

Информацията в социалните мрежи може да се използва за вземане на решение относно прием в медицинска или професионална програма на обучение, при избор на специализанти и при подписване на договор за работа (Реск, 2014). Работодателите и програмите за специализанти в САЩ претърсват Фейсбук и други социални мрежи преди приема на някой от кандидатите (Chauhan B, 2012).

Проучване на Майкрософт (Microsoft) съобщава, че 79% от работодателите проверяват информацията в интернет относно бъдещ работник, само 7% от кандидатите са информирани за това (MacMillan, 2013). Правейки публични постове, човек доброжелателно прави информацията достъпна за всеки. За някои логиката следва, че ако някой не може да прецени кое съдържание да е публично и кое – не, то не може да се разчита на неговата професионална оценка.

Не е рядкост потребителите на социалните медии да имат общи приятели/познати/колеги. Някои се опитват да държат личния от професионалния живот далеч един от друг, създавайки различни профили. На практика това е трудно, т.к. личните и професионалните контакти могат да се припокриват. И все пак днес социалните мрежи позволяват лични настройки на профилите относно запазване на поверителността на данните. В идеалния случай акаунта и настройките за поверителност трябва да се настроят така че мрежата от комуникации да се разраства, докато се ограничава досега до информацията за хора извън тази мрежа. Всяка настройка, позволяваща наименоването на връзките с контактите в социалните мрежи и по този начин ограничаваща достъпа до съдържание, трябва да бъде използвана. Здравният работник трябва да извършва периодични търсения на своето име или друга идентифицираща информация, за да се увери, че техните социални канали отговарят на професионалния му имидж.

#### **4.2. Проблеми с лиценз.**

Употребата на социалните медии може сериозно да засегне лиценза за работа на здравния работник (Lambert КМ, 2012). Американските здравни власти имат правото да налагат наказания към лекарите, глоби, временно отстраняване от работа, предупреждения за отнемане на лиценза (Chauhan В, 2012; Farnan JM, 2013). Те се прилагат при непрофесионално поведение: неуместна употреба на социалните мрежи, неправомерно сексуално поведение, нарушения на поверителността на пациента, злоупотреба с привилегии.

Американските власти, даващи лиценз, съобщават за многобройни професионални нарушения от здравните работници в социалните мрежи. Така например лекар от спешната помощ беше порицан от щатския съвет на Роуд Айлънд за „непрофесионално поведение“ и беше глобен след коментар във Facebook относно пациент. Лекарят не съобщава името на пациента в поста, но публикуваната информация е достатъчна пациентът да бъде идентифициран от общността (Lambert КМ, 2012). Злоупотребата с привилегии е едно от най-честите нарушения онлайн според властите (Chretien КС, 2013). Лекарите трябва да се запознаят с изискванията на властите относно онлайн комуникацията, за да не подлагат лиценза си на риск.

Училищата за медицински сестри също обръщат внимание на разпространението на здравна информация за пациента онлайн и последиците от това, предлагат санкции: от предупреждение до отнемане на разрешителното за работа (MacMillan, 2013). Публикуването на непрофесионално съдържание в мрежите е често срещано и при студентите от здравните науки. Едно проучване открива, че 60% от ректорите на медицински университети са съобщавали за инциденти, при които студенти са публикували неуместно съдържание, включващо информация за пациента, неподходящ език, изображения на интоксикация и такива със сексуално съдържание.

### 4.3. „Инфогемия“.

„Инфодемия“ е термин, който описва прекомерното изобилие от информация – вярна и грешна – във връзка с епидемия (Tangcharoensathien V, 2020). Социалните медии могат едновременно добре да разпространяват и акуратна, и подлъгваща информация. Природата на социалните мрежи води до умножаване въздействието на тези данни поради разпространението им чрез инфлуенсъри и известни личности (Gottlieb M, 2020). Пандемията Ковид 19 е ярък пример за това. По време на кризата различни подходи за лечение бяха рекламирани – с недоказани резултати и дори опасни за здравето. Така през януари 2020 г. белгийският лекар Крис Ван Керкховен събщи във вестника *Het Laatste Nieuws*, че 5G мрежата е животозастрашаваща и е свързана с разпространението на коронавируса. Вестникът бързо публикува опровержение, но вече бе твърде късно. Анти 5G-поддръжниците бяха разпространили слуха. През април известни личности оповестиха подкрепата си към това твърдение в Туитър и Инстаграм (Andrews, 2020). Това доведе до поредица от палежи на 5G-клетъчните кули в Европа (Cerulus, 2020). Екип учени проучи 117 видеа в ТикТок, с около 1,2 милиарда гледания, относно коронавируса, и установи липсата на каквато и да е адекватна информация в тях (Basch CH, 2020). Друго проучване на 113 Ютуб-видеа категоризира 60% като полезни, 9% като залъгващи, 21% като неутрални, докато друга студия определи, че една четвърт от видеата в Ютуб за пандемията имат подмамващо послание (D'Souza RS, 2020; Li HO-Y, 2020). Хората, които използват социалните мрежи като първи източник на новини, са по-склонни да вярват на конспирации и е по-малко вероятно да следват рестрикции в тази ситуация (Allington D, 2020). Поради алгоритъма на социалните мрежи и начина им на действие, те създават един „филтриран балон“, монокултура, където съмненията на отделния индивид се потвърждават от други подобномислещи потребители, потенциално стимулиращи развитието на грешни или опасни вярвания (Bozdag, 2013).

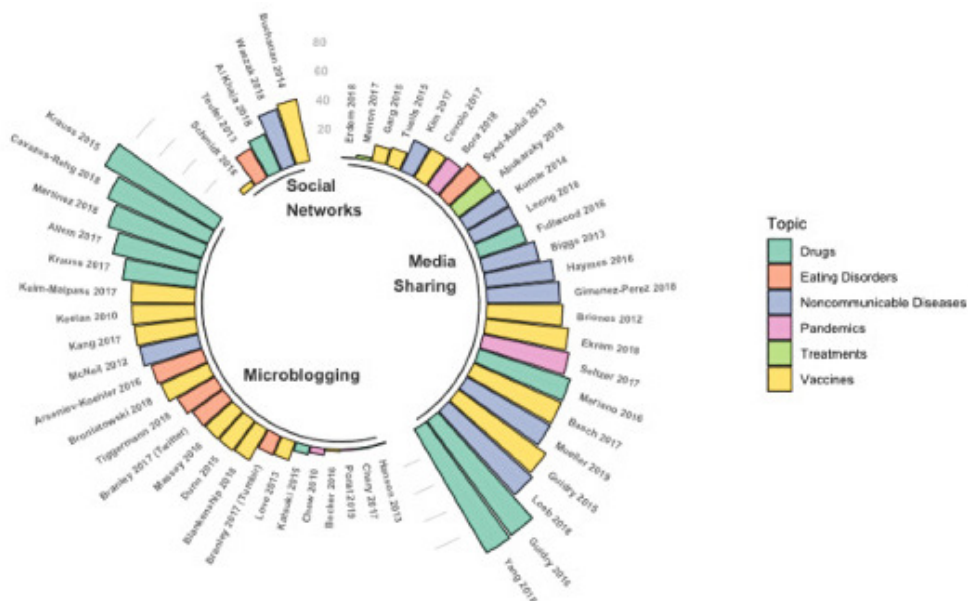
Накратко, социалните медии могат да се използват и за пропаганда в медицинските среди.

#### 4.4. Публикуване на непроверена/подвеждаща здравна информация.

Подвеждаща здравна информация е твърдение, свързано със здравето, което се основава на грешки или заблуди поради липса на научно доказателство (Chou WS, 2018). Това е информация, която просто е неправилна/непълна, без да има за цел да налага негативни последици. От друга страна това може да е информация, която има за цел определен човек/ група/ институция да пострада от публикуването ѝ (Chou WS, 2018).

При метаанализ на студии, проследяващи типовете подвеждаща информация, най-често комуникирана в социалните мрежи, през 2019 г. се установява, че такава информация обикновено се отнася до следните теми: ваксини (32%), наркотици и тютюнопушене (22%), злокачествени заболявания (19%), пандемия (10%), проблеми с храненето (9%), медицинско лечение (McGloin AF, 2015). Най-често грешна информация се намира за пушенето на марихуана и употребата на опиоиди (87%); относно ваксини се открива в 43% от постовете, като обикновено е „нападана“ ваксината срещу хуманния папилома вирус; подвеждаща информация за хранителни режими и диети се намира в 36% от случаите, 40% от публикациите се отнасят до пандемии и тежки заболявания, най-често тумори; 30% от информацията за медицинско лечение е грешна (Suarez-Lledo Victor, 2021).

Подвеждащата информация в социалните мрежи е ярка заплаха за общественото здраве (<https://www.statnews.com/2021/07/22/answer-medical-misinformation-social-media-more-information>). Затова трябва да бъдат въведени препоръки и контрол на медицинската информация в здравните мрежи, т.к. чрез нея може да се пропагандира застрашаващо живота поведение. В отговор на това явление специалисти и експерти от различни възрасти могат да се борят, публикувайки ежедневно и ежечасно опровергаващи данни, които са научно доказани.



**Фигура 1.** Разпространение на заблуждаваща здравна информация, групирана по теми и типове социални медии

**Източник:** Йедо В.С., Victor Suarez-Lledo, Javier Alvarez-Galvez. Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. 2021 Jan 20;23(1): e17187. doi: 10.2196/17187. J Med Internet Res

На фигура 1 е показана диаграма относно разпространението на заблуждаваща здравна информация, групирана по теми и типове социални медии.

#### 4.5. Границата личен-професионален живот

Колкото по-дигитален става светът ни, толкова повече индустрията на здравеопазването разбира мястото на социалните медии. Четири са основните отдели, където социалните медии намират приложение: промотиране на здраве, изследователска дейност, маркетинг и брендиране, както и привличане на нови пациенти и нова работна ръка (Deema Farsi, 2021). Здравният работник осъзна, че социалните мрежи служат не са само за качване на снимки от почивките и комуникация с последователи.

Днес чрез социалните мрежи здравният работник достига до повече пациенти, хора в отдалечени региони. Комуникацията се променя: използват се снимки/видеа, приложения за писмена кореспонденция за обмен на опит (Deema Farsi, 2021). В напрегнат ден или кризисни ситуации невинаги е възможно да се обърне достатъчно внимание на пациента. Но чрез социалните мрежи това може да се промени. Тази медия е достъпна навсякъде по всяко време. Именно тук започва да се развива границата между професионалния и личния живот. Социалните мрежи в зората на развитието си се приемат като

средство за развлечение, днес към спецификациите им се добавя и професионално развитие. Неограниченият достъп до профила в социалните медии пречи на края на работния ден – работата се премества по пътя в метрото, на почивка, става 24 часа на ден, седем дни в седмицата. Здравният работник живее в достатъчно забързано ежедневие и е препоръчително да намира време да си почива. Използвайки социалните мрежи за работа, начините за почивка намаляват с още един.

Използването на социалните медии с професионални цели е свързано най-често с комуникация с колеги и пациенти. Използвайки личен профил, здравният работник разкрива живота си пред непознати – това може да му коства имиджа и след това професионален неуспех. Няма нужда пациентите да знаят как изглежда лекаря им на плажа или колко кучета има медицинската сестра, както и кога детето ѝ е казало първата си дума. Това са лични моменти, които изискват определена поверителност и интимност. Затова се препоръчва употребата на отделен профил при комуникацията чрез социалните мрежи за професионални цели (Farnan JM, 2013; Chretien KC, 2013).

### **ГЛАВА III. ПРЕПОРЪКИ ЗА УПОТРЕБА НА СОЦИАЛНИТЕ МРЕЖИ ОТ ЗДРАВНИЯ СЕКТОР**

Здравният работник на 21-ви век има своето място в социалните мрежи. Той е обществена личност, която има отговорности към общността – да ги напътства, да откликва в спешни ситуации (Vartabedian, 2020). Чрез социалните мрежи той може да издигне здравните професии на пиедестала, който заслужават. За да бъдат запазени неговите добри намерения, е необходимо създаването на правила какво и как, къде да се публикува съдържание в социалните мрежи. В следващите редове са поместени някои от вече съществуващите препоръки.

#### **1. Препоръки, изгадени от здравни организации**

Социалните мрежи крият много рискове за здравните организации, могат да застрашат защитата на пациентските данни, информираното съгласие на пациента, променят начините за назначаване на работа, лицензирането на лекари, нарушават границите лекар-пациент и създават други етични проблеми. Затова ще е от полза създаването на препоръки за употреба на социалните мрежи в тези среди (Chauhan B, 2012; O'Hara B, 2013).

В таблица 1 е представен списък какво може да бъде засегнато в политиките за употреба на социалните медии. При нарушаване поверителността трябва да бъдат налагани санкции (Househ, 2013).

**Таблица 1.** Концепции в политиката за употреба на социалните мрежи от здравните организации (Lambert КМ, 2012)

- Да се адресира дискриминация, тормоз, грешна употреба на термини, изпускане на лична информация, накарняване имиджа на институции и организации, продуктивност и други належащи проблеми.
- Да се адресират очаквания към поведението на служителя в среди извън работната.
- Да се забрани/ограничи или наблюдава достъпа на служителите до интернет и социални мрежи.
- Да се определят отговорностите на служителя, който е свидетел на неуместна употреба на социалните медии.
- Да се дефинира политиката относно употребата на професионалните имейли, графики/лого.
- Да се организират наказателни действия при неправомерна употреба на социални мрежи.
- Да се определи кой може да има достъп до социални мрежи на територията на работното място и с какви цели.
- Да се разясни, че медицинският персонал и останалите служители не представят организацията си, когато публикуват материал на личните си профили.
- Да се гарантира оповестяването на възможни конфликти на интереси при публикуването на материал.
- Да се разяснят препоръките относно защитата поверителността на пациента на медицинския екип и останалите служители.
- Да се подпише отказ, че медицинският персонал и служителите не представляват организацията си в постове си.
- Да се гарантира спазването на политиката на организацията от медицинския екип, студенти и останалите служители.
- Да се преработват текущите политики относно съгласието на пациента и публикуването на информация за пациента в социалните мрежи.

Здравните институции трябва да адресират рисковете от употребата на социални мрежи при назначаване на работа на техните служители (Childs LM, 2012). Политиките трябва да включват проблеми като дискриминация, тормоз, употреба на неправилни термини, нарушаване на конфиденциалността и поверителността на информацията, вредите за репутацията на организацията, продуктивността и други (Childs LM, 2012; Dizon DS, 2012). Здравната институция може да обмисли създаването на политика за дисциплинарни наказания поради употребата на социалните мрежи в работните часове (Lambert КМ, 2012). Това може да намали възможността от публикуване онлайн на изображения, информация за пациента, което да наруши закон или да разсее служителя от грижата му за пациента.

Много политики забраняват използването на работните имейли в социалните мрежи от загриженост за поверителността и важноста от разделяне на професионалния и личния живот. Употребата на графики или лого на институциите в личните профили на служителите също може да се забрани. Съществуват рискове за накарняване на неприкосновеността на авторските права. Повечето политики забраняват уговорки, които включват заплащане за публикуване на дадена информация онлайн, а при наличието на такова заплащане – то трябва да е документирано.



Няколко здравни организации в САЩ са приели политиката преди публикуването на специфична пациентска информация да получават писмено одобрение от HIPAA. Други, например медицинските факултети, искат съгласието на доброволеца и неговия наблюдаващ лекар, за да бъдат публикувани данните онлайн. Препоръчително образователните институции да наблюдават на тези въпроси и последиците от нарушаване на препоръките, т.к. това може да доведе до академични и професионални дисциплинарни наказания, може да бъде в разрез със закона и да приключи с цивилно или криминално досие (Реск, 2014).

Допълнителна информация относно препоръките за употреба на социалните мрежи могат да бъдат открити онлайн на <http://socialmediagovernance.com/policies>. Включени са над 247 политики за социалните медии, някои от които са написани от здравни институции и професионални общности като Mayo Clinic, Kaiser Permanente, и the American Nurses Association (Grajales FJ, 2014).

## **2. Препоръки, изгасени от професионални организации**

Много здравни организации са публикували препоръки за употреба на социални медии. През 2012 г. Американската асоциация на клиничните фармацевти (ASHP) издава становище за потребяването на социални медии от фармацевти: съветва даването на клиничен съвет само и единствено съгласувано с професионалните стандарти (когато историята на пациента и заболяването му е позната), да разпознава кога пациентските нужди ще бъдат задоволени от друг вид комуникация, да предлага навременна и акуратна информация, да опровергае подвеждаща информация, да защитава личното пространство на пациента, както и репутацията на фармацевта при анонимна или лична употреба на социалните мрежи (Grinrod, 2014). Асоциацията препоръчва още болниците и здравните системи да създадат политика за употребата на социалните медии, за да може да се балансират рисковете и ползите от тях в практиката (ASHP, 2014).

През 2010 г. Американската медицинска асоциация (АМА) публикува официални препоръки за етичната употреба на социална медия от лекарите. Те наблюдават на нуждата да се запази конфиденциалността на пациента, да бъдат осъзнати настройките на поверителност, да се запазят границите лекар-пациент, да се публикува вярна и акуратна информация, да се работи с колегиалност, да се избягва анонимност, да се съобщават източниците на информация и съществуващите интереси от публикуването на тази информация (подкрепена от фармацевтична компания например), да се употребяват разделно личния и професионален профил (Lambert KM, 2012; George DR, 2013; Househ, 2013). Политиката на АМА предупреждава своите членове, че настройките за сигурност не осигуряват пълна защита на данните и всичко, публикувано в интернет, остава завинаги във виртуалното пространство.

Федерацията на щатните медицински бордове (FASB) издаде през 2011 г. документ за уместна употреба на социални мрежи в медицинската практика. В този документ се описва осигуряване на защита на данните и конфиденциалността, професионализъм и транспарентност, избягване на разпространението на медицинска апаратура онлайн, разяснява се, че веднъж попаднала информацията онлайн, остава там перманентно (Fogelson NS, 2013).

Националният съвет на щатските бордове на медицинските сестри издава през 2011 г. „Белият документ: Препоръки за медицински сестри и употребата на социални медии“. Той се състои от практически съвети за правилната употреба на социалните медии от медицинските сестри в болнична среда (Реск, 2014). В таблица 2 може да видите част от препоръките.

**Таблица 2.** Общи препоръки за употребата на социални медии от здравния работник (Dizon DS, 2012; Chretien KC, 2013)

Проблем	Концепция
Вярност на съдържанието	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да се споделя информация само от проверени източници</li> <li>• Да се опровергае всяка неуместна информация</li> </ul>
Правни въпроси	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трябва да се помни, че съдържанието, което се публикува, винаги може да бъде открито</li> <li>• Да се съобразява със законите за поверителност</li> <li>• Да се спазват авторските права</li> </ul>
Проблеми с лиценз	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здравният работник трябва да е запознат с условията за лиценз в щата, в който работи</li> </ul>
Практики за общуване	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не се канят пациенти за сприятеляване в социалните мрежи</li> <li>• Пациенти, които се свързват със здравния работник чрез социалните медии, да бъдат насочвани към по-сигурни мрежи или професионални сайтове</li> </ul>
Грижа за пациента	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да не се дава директен медицински съвет на непознат</li> <li>• Да се обявява гласно акуратността, навременността и поверителността на електронните комуникационни мрежи</li> </ul>
Поверителност на пациента	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да не се публикува за определен пациент</li> <li>• Преди публикуване се уверете, че действията Ви са в рамките на закона</li> <li>• Трябва да имате съгласието на пациента</li> <li>• За да запазите неприкосновеността на пациента, използвайте метода на „геоидентификация“</li> <li>• Използвайте уместен тон, когато обсъждате даден пациент</li> </ul>
Поверителност на личните данни	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Използвайте всички възможни настройки на поверителността</li> <li>• Личният и професионалният профил да бъдат отделни</li> </ul>
Професионална етика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да се оповестява получена подкрепа открито(финансова или друга)</li> <li>• Да не се правят грешни или подвеждащи изявление</li> </ul>
Идентификация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Представяйте се открито в професионалните сайтове</li> <li>• Нека Вашите права да бъдат ясно разпространени</li> <li>• Съобщете, ако представлявате вашия работодател или не</li> </ul>

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въз основа на анализите и след направените изводи, са налице основания да се стигне до заключението, че една от перспективите пред здравния работник е приложението на социални мрежи и онлайн платформи, които да кореспондират на нуждите и дейностите, които осъществяват те. Наложително е търсене на нови проекции на съвременната комуникация. Постепенното преминаване към употребата на социални медии в професионалния живот ще позволи ускорено обединяване на заинтересовани страни при търсенето на информация и/или решение на даден проблем. Общият социален контекст на работата е ценен ресурс за организирането на инициативата и привличането на съмишленици. А може би и инвестиции от външни лица, които да подпомогнат развитието на науката в страната ни.

Българският потребител на социални мрежи все още е доста резервиран към употребата им на професионално ниво. Той разчита на личния контакт, особено когато става въпрос за консултация с медицинско лице. Българските здравни работници също нямат доверие на онлайн пространството. Много от тях не са чували дори за съществуването на повечето канали, които бяха разгледани. Студентите също не са запознати с много от каналите за професионално обучение, които се предлагат на българския пазар, т.к. техните учители не ги промотират, именно защото или не знаят за тях, или не разбират как да ги имплементират в учебния процес.

Като извод от проведения анализ можем да заключим, че е време да се подготвим за новото време – нека да не повтаряме грешките на по-напредналите страни, а да се учим от тях. В учебната програма на българските медицински университети могат да бъдат включени образователни семинари по „Soft skills“<sup>2</sup>, където да бъде засегната темата „употреба на социални медии в професионалната сфера“, да бъдат обучени младите специалисти за рисковете, които крие това и как могат да се пазят от съдебни процеси.

А защо не социалните медии да са начина, по който здравният работник да възвърне уважението на хората към здравните професии, показвайки публично отговорността, която носят.

## ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Allington D, Duffy B, Wessely S, Dhavan N, Rubin J. Health-protective behaviour, social media usage and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency. *Psychol Med.* 2020 Jun: 1–7.

<sup>2</sup> Меките умения, от друга страна, са субективни. Те много трудно могат да бъдат измерени и доказани. Меките умения са свързани със способността да разбираме другите хора и да общуваме с тях. Примери за меки умения: комуникативност, лидерство, работа в екип, ефективно управление на времето, водене на преговори, висока работна етика.

2. Andrews TM. Why dangerous conspiracy theories about the virus spread so fast: and how they can be stopped. 2020 May
3. ASHP statement on use of social media by pharmacy professionals. Available at: [www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/AutoITStSocialMedia.aspx](http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/AutoITStSocialMedia.aspx). Accessed March 30, 2014.
4. Basch CH, Hillyer GC, Jaime C. COVID-19 on TikTok: harnessing an emerging social media platform to convey important public health messages. *Int J Adolesc Med Health*. 2020 Aug.
5. Balestra M. Telehealth and legal implications for nurse practitioners. *J Nurse Pract*. 2018;14(1):33-39. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.10.003>.
6. Barry DS, Marzouk F, Chulak-Oglu K, Bennett D, Tierney P, O’Keeffe GW. Anatomy education for the YouTube generation. *Anat Sci Educ* [Internet]. 2016 [accessed 3 jun 2020];9(1):90-6. DOI: 10.1002/ase.1550
7. Bernhardt M, Alber J, Gold RS. A social media primer for professionals:
8. digital do’s and don’ts. *Health Promot Pract* 2014;15(2):168–172.
9. Bich-May Nguyen, Emily Lu, Natasha Bhuyan, Kenneth Lin, Mike Sevilla. Social Media for Doctors: Taking Professional and Patient Engagement to the Next Level. *Fam Pract Manag*. Jan/Feb 2020;27(1):19-14. PMID: 31934735
10. Borges NJ, Manuel RS, Elam CL, Jones BJ. Differences in motives between Millennial and Generation X medical students. *Med Educ* [Internet]. 2010 [accessed 3 jun 2020];44(6):570-6. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03633.x
11. Bozdag E. Bias in algorithmic filtering and personalization. *Ethics Inf Technol*. 2013 Sep; 15(3): 209–27.
12. Bruno Consuelo Mendoza. A Content Analysis of How Healthcare Workers Use TikTok. *Strategic Communications*. Elon University
13. Cascella L. Virtual risk: an overview of telehealth from a risk management perspective. 2018. <https://www.medpro.com/documents/10502/2820774/VirtualRisk-AnOverviewofTelehealth.pdf>. Accessed August 15, 2020
14. Cerulus L. How anti-5G anger sparked a wave of arson attacks. 2020.
15. Chauhan B, George R, Coffin J. Social media and you: what every physician needs to know. *J Med Pract Manage* 2012;28(3):206–209.
16. Cheston CC, Flickinger TE, Chisolm MS. Social media use in medical education: a systematic review. *Acad Med* 2013;88: 893-901.
17. Chew AMK, Gunasekeran DV. Social Media Big Data: The Good, The Bad, and the Ugly (Un)truths. *Front Big Data* 2021;4:623794 [FREE Full text] [doi: 10.3389/fdata.2021.623794] [Medline: 34142082]
18. Childs LM, Martin CY. Social media profiles: striking the right balance. *Am J Health System Pharm* Dec 2012;69(23):2044–2050.
19. Childers RE, Dattalo M, Christmas C. Podcast pearls in residency training. *Ann Intern Med*. 2014;160(1):70.
20. Cho Daniel, Michael Cosimini, Juan Espinoza. Podcasting in medical education:

- a review of the literature. *Review Korean J Med Educ.* 2017 Dec;29(4):229-239. doi: 10.3946/kjme.2017.69. Epub 2017 Nov 29. PMID: 29207454 PMCID: PMC5717411 DOI: 10.3946/kjme.2017.69
21. Chou WS, Oh A, Klein WMP. Addressing Health-Related Misinformation on Social Media. *JAMA.* 2018 Dec 18;320(23):2417–2418. doi: 10.1001/jama.2018.16865. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  22. Chretien KC, Kind T. Social media and clinical care: ethical, professional, and social implications. *Circulation* 2013;127(13):1413–1421.
  23. Deema Farsi, BDS, MSci. Social Media and Health Care, Part I: Literature Review of Social Media Use by Health Care Providers. *J Med Internet Res.* 2021 Apr; 23(4): e23205. doi: 10.2196/23205 PMCID: PMC8056296 PMID:33664014
  24. Dede C. Planning for neomillennial learning styles. *Educause Q [Internet].* 2005 [acesso 3 jun 2020];28(1):7-12. Disponível: <https://bit.ly/34cfwkL>
  25. Depoux A, Martin S, Karafillakis E, Preet R, Wilder-Smith A, Larson H. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID- 19 outbreak. *J Travel Med.* 2020 May; 27(3): taaa031.
  26. Desy JR, Reed DA, Wolanskyj AP. Milestones and millennials: a perfect pairing: competency-based medical education and the learning preferences of Generation Y. *Mayo Clin Proc [Internet].* 2017 [acesso 3 jun 2020];92(2):243-50. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.10.026
  27. Dizon DS, Graham D, Thompson MA, et al. Practical guidance:The use of social media in oncology practice. *J Oncol Pract* 2012;8(5):114–124.
  28. D’Souza RS, D’Souza S, Strand N, Anderson A, Vogt MNP, Olatoye O. YouTube as a source of medical information on the novel coronavirus 2019 disease (COVID-19) pandemic. *Glob Public Health.* 2020 Jul; 15(7): 935–42.
  29. Farnan JM, Snyder SL, Worster BK, et al. Online medical professionalism: patient and public relationships: policy statement from the American College of Physicians and the Federation of State Medical Boards. *Ann Intern Med* 2013;158(8):620–627.
  30. Fogelson NS, Rubin ZA, Ault KA. Beyond likes and tweets: an in-depth look at the physician social media landscape. *Clin Obstet Gynecol* 2013;56(3):495–508.
  31. George DR, Rovniak LS, Kraschnewski JL. Dangers and opportunities for social media in medicine. *Clin Obstet Gynecol* 2013;56(3):453–462.
  32. Glasdam Stinne, Helena Sandberg, Sigrid Stjernswärd, Frode F Jacobsen, Anette H Grønning, Lisbeth Hybholt. Nurses’ use of social media during the COVID-19 pandemic-A scoping review. *Review PLoS One .* 2022 Feb 18;17(2):e0263502. doi: 10.1371/journal.pone.0263502. eCollection 2022.
  33. Gilman M, Stensland J. Telehealth and Medicare: payment policy, current use and prospects for growth. *Medicare Medicaid Res Rev.* 2013;3(4). <https://doi.org/10.5600/mmrr.003.04.a04>; mmrr.003.04.a04.
  34. Gottlieb M, Dyer S. Information and disinformation: social media in the

- COVID-19 crisis. *Acad Emerg Med*. 2020 Jul; 27(7): 640–1.
35. Grajales FJ, Sheps S, Ho K, et al. Social media: a review and tutorial of applications in medicine and health care. *J Med Internet Res* 2014;16(2):e13.
  36. Gray K, Annabell L, Kennedy G. Medical students' use of Facebook to support learning: insights from four case studies. *Med Teach* 2010;32:971-6.
  37. Grindrod K, Forgione A, Tsuyui RT, et al. Pharmacy 2.0: a scoping review of social media use in pharmacy. *Res Social Adm Pharm* 2014;10(1):256–270.
  38. Gunasekeran Dinesh Visva, Alton Chew, Eeshwar K Chandrasekar, Priyanka Rajendram, Vasundhara Kandarpa, Mallika Rajendram, Audrey Chia, Helen Smith, Choon Kit Leong. The Impact and Applications of Social Media Platforms for Public Health Responses Before and During the COVID-19 Pandemic: Systematic Literature Review. *Review J Med Internet Res* 2022 Apr 11;24(4):e33680. doi: 10.2196/33680.
  40. Hasty RT, Garbalosa RC, Barbato VA, et al. Wikipedia vs. Peerreviewed medical literature for information about the 10 most costly medical conditions. *J Am Osteopath Assoc* 2014;114(5):368–373.
  41. Ho K, Peter Wall Workshop Participants. Harnessing the social web for health and wellness: issues for research and knowledge translation. *J Med Internet Res* 2014;16:e34.
  42. Househ M. The use of social media in healthcare: organizational, clinical, and patient perspectives. *Stud Health Technol Inform* 2013;183:244–248.
  43. Hyocy A., Amara Callistus Nwosu, Daniel Monnery, Victoria Louise Reid, Laura Chapman. Use of podcast technology to facilitate education, communication and dissemination in palliative care: the development of the AmiPal podcast. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Jun;7(2):212-217. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001140. Epub 2016 Aug 31.
  44. Jones K, Doleman B, Lund J. Dialogue vodcasts: a qualitative assessment. *Med Educ*. 2013;47(11):1130-1131.
  45. Junco R, Heiberger G, Loken E. The effect of Twitter on college student engagement and grades. *J Comput Assist Learn* 2010;27: 119-32.
  46. Kurup V. The new learners: millennials!! *Int Anesthesiol Clin* [Internet]. 2010 [acceso 3 jun 2020];48(3):13-25. DOI: 10.1097/AIA.0b013e3181e5c1b4
  47. Lambert KM, Barry P, Stokes G. Risk management and legal issues with the use of social media in the healthcare setting. *J Healthc Risk Manag* 2012;31(4):41–47.
  48. Li HO-Y, Bailey A, Huynh D, Chan J. YouTube as a source of information on COVID- 19: a pandemic of misinformation? *BMJ Glob Health*. 2020 May; 5(5): e002604.
  49. Lichtenheld A, Nomura M, Chapin N, et al. Development and implementation of an emergency medicine podcast for medical students: EMIGcast. *West J Emerg Med* 2015;16:877–8.
  50. Lorimer J, Hilliard A. Incorporating learning technologies into undergraduate

- radiography education. *Radiography*. 2009;15(3):214-219.
51. MacMillan C. Social media revolution and blurring of professional boundaries. *Imprint* 2013;60(3):44–46.
  52. Marcum CS. Age Differences in Daily Social Activities. *Res Aging* 2013 Sep;35(5):612-640 [FREE Full text] [doi: 10.1177/0164027512453468] [Medline: 25190898]
  53. Mascia Daniele, Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani. „Us and them“: a social network analysis of physicians’ professional networks and their attitudes towards EBM. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct 22;13:429. doi: 10.1186/1472-6963-13-429.
  54. McGloin AF, Eslami S. Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proc Nutr Soc*. 2015 May;74(2):139–48. doi: 10.1017/S0029665114001505. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  55. Moorhead SA, Hazlet DE, Harrison L, et al. A new dimension of health care: systemic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health care professionals. *J Med Internet Res* 2013;15(4):e85.
  56. O’Hara B, Fox BJ, Donahue B. Social media in pharmacy: heeding its call, leveraging its power. *J Amer Pharm Assoc* 2013;53(6): 561–564.
  57. Peck JL. Social media in nursing education: responsible integration for meaningful use. *J Nurs Educ* 2014;19:1–6.
  58. Pirraglia PA, Kravitz RL. Social media: new opportunities, new ethical concerns. *J Gen Intern Med* 2012;28(2):165–166.
  59. Price C. Why don’t my students think I’m groovy? The new “R”s for engaging millennial learners [Internet]. 2010 [acesso 3 jun 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3kiUXsh>
  60. Roberts DH, Newman LR, Schwartzstein RM. Twelve tips for facilitating Millennials’ learning. *Med*
  61. Teach [Internet]. 2012 [acesso 3 jun 2020];34(4):274-8. DOI: 10.3109/0142159X.2011.613498
  62. Rutledge CM, Kott K, Schweickert PA, Poston R, Fowler C, Haney TS. Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2017;8:399-409. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S116071>.
  63. Shantikumar S. From lecture theatre to portable media: students’ perceptions of an enhanced podcast for revision. *Med Teach*. 2009;31(6):535-538.
  64. Shilpa N Gajarawala, Jessica N Pelkowski. Telehealth Benefits and Barriers. *J Nurse Pract*. 2021 Feb;17(2):218-221. doi: 10.1016/j.nurpra.2020.09.013. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33106751 PMCID: PMC7577680 DOI: 10.1016/j.nurpra.2020.09.013
  65. Siemens G. Connectivism: a learning theory for the digital age [blog entry]. eLearnSpace; 2014. Available: [www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm](http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm) (accessed 2015 Mar. 23).

66. Strauss W, Howe N. Generations: the history of America's future, 1584 to 2069. New York: William Morrow; 1992.
67. Suarez-Lledo Victor, Javier Alvarez-Galvez. Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. 2021 Jan 20;23(1):e17187. doi: 10.2196/17187. J Med Internet Res
68. Tamoto Paula, Renan dos Santos Gati, João Marcelo Rondina, Sérgio Luís Aparecido Brienze, Alba Regina de Abreu Lima, Júlio César André. Learning of the millennial generation in medical schools. RESEARCHRevista Bioética. Print version ISSN 1983-8042 On-line version ISSN 983-8034. Rev. Bioét. vol.28 no.4 Brasília Oct./Dec. 2020. Doi: 10.1590/1983-80422020284432
69. Tangcharoensathien V, Calleja N, Nguyen T, Purnat T, D'Agostino M, Garcia-Saiso S, et al. Framework for managing the COVID-19 infodemic: methods and results of an online, Crowdsourced WHO Technical consultation. J Med Internet Res. 2020 Jun; 22(6): e19659.
70. Topps D, Helmer J, Ellaway R. YouTube as a platform for publishing clinical skills training videos. Acad Med 2013; 88:192-7.
71. Topf Joel M, Paul N Williams. COVID-19, Social Media, and the Role of the Public Physician. Review Blood Purif. 2021;50(4-5):595-601. doi: 10.1159/000512707. Epub 2021 Jan 14.
72. Twenge JM. Generational changes and their impact in the classroom: teaching Generation Me. Med Educ [Internet]. 2009 [acesso 3 jun 2020];43(5):398-405. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03310.x
73. Vartabedian B. The public physician defined [Internet]. 33 charts. 2020 Jan [cited 2020 Sep 14]. Available from: <https://33charts.com/public-physician-defined/>.
74. Ventola C Lee. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. P T. 2014 Jul;39(7):491-520.
75. Von Muhlen M, Ohno-Machado L. Reviewing social media use by clinicians. J Am Med Inform Assoc 2012;19(5):777-781.
76. Wendy M Davis, Kendall Ho, Jason Last. Advancing social media in medical education CMAJ . 2015 May 19;187(8):549-550. doi: 10.1503/cmaj.141417. Epub 2015 Apr 7. PMID: 25852033 PMCID: PMC4435861 DOI: 10.1503/cmaj.141417
77. White J, Sharma N. Podcasting: a technology, not a toy. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2012;17(4):601-603.
78. Medical Directors Forum. Available at: [www.medicaldirectorsforum.com](http://www.medicaldirectorsforum.com). Accessed May 9, 2014.
79. <https://geniusee.com/single-blog/why-is-e-learning-for-healthcare-so-important-today-for-professionals-and-the-industry>
80. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/benefits-of-telemedicine>
81. <https://www.iso.org/news/ref2778.html>
82. <https://starr.org/2019/three-benefits-of-social-media-in-times-of-crisis/>



83. <https://time.com/5926397/health-workers-tiktok-covid-19/>

84. <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/why-todays-healthcare-workers-love-podcasts>

## **POSITIONING HEALTHCARE WORKERS ON SOCIAL NETWORKS**

---

**Tsvetina Daskalova**

**Abstract:** The aim of the study was to identify the benefits and drawbacks of an active presence of the health worker in social networks. Among the tasks are: to explore the opportunities offered by social media; to identify elements of the health worker's work in which social networks are used for communication; to explore the functional possibilities of social networks and their application to external and internal audiences (managerial, coordinating, image, organizational, informative). Further, through literature analysis and tracking profiles of healthcare professionals, to identify the role of the healthcare worker in social networks, develop a SWOT analysis of their social media presence and evaluate the implications.

**Keywords:** healthcare workers, social networks, positioning

**ДОКТОРАНТСКИ ЧЕТЕНИЯ 8**  
**ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ**

Специално издание от Осма есенна академия

АДМИНИСТРАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ: #УНИВЕРСИТЕТЪТ 2030

Сесия 4 „Докторантски хоризонти 2030“

Редактор

Дизайн на корицата Кремена Коева

Предпечатна подготовка Кремена Коева

Дадена за печат на 21.12.2022 г.

Формат 16/70/100. ПК 32.5.

ISBN 978-619-232-686-9

ИЗДАТЕЛСКИ КОМПЛЕКС – УНСС