

Нормативната регулация на управлението на спектъра на сексуално-трансмисивните инфекции в Р. България – състояние и предизвикателства

Ю. Маринова¹, Б. Парашикевова¹, Р. Гърдева¹, Т. Гарванов², С. Симеонов³, В. Славова¹

¹Катедра Социална медицина, здравен мениджмънт и МБС, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора

²Юрист, Стара Загора

³Районна здравноосигурителна каса, Стара Загора

Sexually Transmitted Infections Management Legal Regulation in Bulgaria: Present Situation and Challenges

J. Marinova¹, B. Parashkevova¹, R. Gardeva¹, T. Garvanov², S. Simeonov³, V. Slavova¹

¹Department of Social Medicine, Health Management and Disaster Medicine, Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora

²Lawyer, Stara Zagora

³Regional Health Insurance Fund, Stara Zagora

Резюме:

Въведение: Сексуално-трансмисивните инфекции (СТИ) продължават да са значим обществено-здравен проблем с многобройни здравни, социално-етични и икономически измерения. **Цел** на настоящата разработка е да се обсъдят измеренията на българската нормативната рамка на управление на спектъра на СТИ и свързаните с нейното прилагане предизвикателства за общественото здраве. Приложен е анализ на нормативни документи, в българското законодателство, свързани с представената проблематика. **Резултати:** За ефективния мениджмънт на СТИ-спектър, представените нормативни актове предвиждат редица правила и изисквания при провеждане на профилактична, диагностична и лечебна дейност. Тези правила не са достатъчни и не могат да обхванат всички случаи в практическата работа на медицинските лица, повечето от тях служат като общи ръководства. Основният проблем който се очертава е липсата на финансови ресурси и източници на финансиране. **Заключение:** Въпреки голямата нормативна база, повечето документи са само рамка, без конкретика в организация и липса на финансиране на регламентираните дейности.

Ключови думи: Сексуално-трансмисивните инфекции, сифилис, нормативна уредба, финансиране.

Abstract:

Introduction: Sexually transmitted infections (STIs) continue to be a significant public health problem with numerous health social, ethical and economic dimensions. **The goal** of this study is to present and discuss the Bulgarian legal framework dimensions related to the management of the spectrum of STIs, and associated public health challenges. An analysis of Bulgarian legislation normative documents connected with the presented problematic was applied. **Results:** For the effective STIs-spectrum management, the presented normative acts envisage a number of rules and requirements for conducting preventive, diagnostic and treatment activities. These rules are not sufficient and cannot cover all cases in the practical work of medical professionals most of them serve as general guides. The main problem that is emerging is the lack of financial resources and sources of funding. **Conclusion:** Despite the large legal framework, most documents are only a framework, without specifics in the organization and lack of funding for regulated activities.

Keywords: Sexually transmitted infections, syphilis, legal regulation, funding.

Увод

Сексуално-трансмисивните инфекции (СТИ) продължават да са значим обществено-здравен проблем с многобройни здравни, социално-етични и икономически измерения. Достъпът до профилактика, диагностика и лечение на СТИ е важна мярка за управлението на тези болести и белег за развито обществено здравеопазване. Световната здравна организация (СЗО) настоятелно препоръчва държавите да създадат и използват национални стандартизирани протоколи за лечение на СТИ, които да гарантират “получаването на адекватно лечение на всички нива на здравните услуги и достъп до него“ (24, 26, 27). Фундаменталните промени в здравната система у нас след 2000 г. създадоха нови обществени взаимоотношения и преобразиха из основния целия сектор (19). Управлението на СТИ се явява голямо предизвикателство за България, която се намира в условията на непрестанна реформа на здравната система. Управлението на СТИ може да се осъществява от здравна система с действащи правни норми, която трябва да осигурява справедлива и социално-достъпна грижа, насочена към хората. Отличителните белези на

такава система са: ефективни модели за предоставяне на услуги, които отговарят на: 1) нуждите на пациентите; 2) подходящо обучена и разпределена работна сила в достатъчен брой; 3) силна здравно-информационна система; 4) надежден достъп до основни медицински продукти и технологии; 5) адекватно финансиране на здравеопазването; 6) силно лидерство и управление. Според СЗО в момента много малко здравни системи в света, демонстрират всички тези характеристики (27). Консултативна група на СЗО относно лечението на болести, предавани по полов път преразгледа и актуализира препоръките за мениджмънт на спектъра СТИ (26). Един от крайгълните камъни е контролът на СТИ, тъй като предотвратява развитието на усложнения и последствия; намалява разпространението на тези инфекции в общността и предлага уникална възможност за целенасочено обучение за превенция на ХИВ. Появата и разпространението на инфекция с човешки имунодефицитен вирус (ХИВ) и синдромът на придобит имунодефицит (СПИН) са оказали голямо влияние върху управлението и контрола на СТИ. Има специфични условия, при които уязвимостта и рискът

са високи и където достъпът до основни услуги, свързани със сексуално-предавани инфекции може да бъде сериозно компрометиран, като например в затворите и центровете за задържане, бежанските лагери, малцинствени групи, бедни и бездомни хора. Държавите трябва да гарантират, че услугите, предоставяни на тези прослойки са еквивалентни на тези, достъпни за останалите, което означава здравно равенство – крайгълен камък в националните здравни политики. СЗО публикува препоръки за мениджмънт на СТИ в по-широкия контекст на програми за контрол, профилактика и грижи. Стратегията, приета от Световната здравна асамблея през май 2016 - “Глобалната стратегия за СТИ 2016–2021”, предлага бързо разширяване на базираните на доказателства интервенции и услуги за ликвидиране на СТИ като проблем за общественото здраве до 2030 г. (26). Централно място в Програмата за устойчиво развитие на Обединените нации (*Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*) заема премахването на бедността и намаляването на неравенството (25). На глобално ниво 150 милиона души преживяват финансова катастрофа, а 100 милиона страдат от обедняване всяка година в резултат на здравни разходи „от джоба”. Следователно гарантирането на финансовата сигурност и равенството в здравеопазването е основното в Програмата. Страните са изправени пред предизвикателството да инвестират в разширена програма за постигане на целите на мениджмънта на СТИ до 2030 г. и след това, като същевременно гарантират дългосрочна устойчивост на финансирането.

Цел на настоящата разработка е да се обсъдят измеренията на българската нормативната рамка на управление на спектъра на СТИ и свързаните с нейното прилагане предизвикателства за общественото здраве.

Методи: Приложен е анализ на нормативни документи: Конституция на Р. България; Закон за здравето; Закон за здравното осигуряване; Закон за лечебните заведения; Национален рамков договор; Наредба за пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса; Наредба за профилактичните прегледи и диспансеризацията; Наредба на министъра на здравеопазването за реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция; Наредби на министерството на здравеопазването (МЗ) и министерството на вътрешните работи (МВР) за серологичен контрол на сифилиса; Медицински стандарт по кожни и венерически болести; Семейен кодекс; Наказателен кодекс.

Резултати и обсъждане: Правните норми са различни видове в зависимост от критерия, по който ги определяме (1, 2, 19). В зависимост от съдържанието са: регулативни; охранителни (съдържат защитни мерки) и дефинитивни (съдържат легални научни определения). В зависимост от обхвата правните норми са общи: регламентират род обществени отношения; специални: регламентират вид обществени отношения и изключителни: регламентират по особен начин обществените отношения и други явления, които са регламентирани вече от общите и специалните норми, но въвеждат изключение. Според начина на изразяване на правилно поведение правните норми са задължаващи: изискват определено поведение и забраняващи: съдържат признаците на поведение, след което следва прилагане на охранителни мерки. Според източника, в който се съдържа правната норма, са конституционни, законови и подзаконовни (1, 2, 19). Правните норми в сферата на здравеопазването са основно два вида: регулаторни (с

организационна функция) и охранителни (със защитни функции). Регулаторните правни норми определят организацията, взаимодействието и отговорностите на участниците в процеса на здравна помощ и е необходимо да следват правилата на добра медицинска практика. Охранителните правни, здравни норми защитават правата и определят задълженията на пациента, лекаря и лечебното заведение.

Правото на медицинска помощ е основно право на българските граждани и е гарантирано от **Конституцията на Република България**, приета на 12 юли 1991 г. от Седмото Велико Народно Събрание (8). От Конституцията произтичат основните права на гражданите, като правото на медицинска помощ. Обществените отношения, които са предмет на дадена обществена система се определят с общи (устройствени) и специални закони, подготвени за тази система. В здравната система такъв устройствен закон е Законът за здравето (3). В аспекта на управление на спектъра на СТИ Законът за здравето определя в глава Втора „Медицинско обслужване” правото на достъпна и качествена медицинска помощ, без да се конкретизират заболявания (3). С една промяна на закона от 2018 г., в сила от 1 януари 2019 г. се въвежда „комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на здравно неосигурени лица с кожно-венерически заболявания (КВЗ) (чл. 82, т. 6б)”. Можем да предположим, че причината останалите лица: здравно-осигурените (ЗОЛ) с тези заболявания да не са споменати в този закон, е че техните права в посока на лечение на КВЗ са определени и защитени с Пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК) с **Наредба № 9**, съгласно **Националния рамков договор (НРД) и Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)** (4, 10, 14). Въпреки, че според ЗЗО всички граждани на Р България трябва да са задължително здравно осигурени, ние повдигаме въпроса кой и как финансира наблюдението и евентуалното лечение на здравно неосигурените лица по този член от Закона за здравето.

Пакетът дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съдържа здравни дейности, услуги и стоки, определени по вид и обхват, по отделни медицински специалности, по заболявания или групи заболявания, съгласно специални приложения. С първото приложение: **Приложение №1** „Първична извънболнична медицинска помощ” се определят здравните дейности, изпълнявани от общопрактикуващите лекари (ОПЛ). Те са формирани в няколко групи: I. Здравно-информационни дейности; II. Промоция на здравето; III. Профилактика на заболяванията; IV. Диспансеризация; V. Контрол на инфекциозни заболявания съгласно изискванията на съответните нормативни актове; VI. Диагностично-лечебна дейност; VII. Други дейности, свързани с диагностика и лечение; VIII. Дейност по медицинска експертиза; IX. Осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения работен график на практиката (т.е. 24-часова здравна помощ). ОПЛ имат следната грижа към своите пациенти по отношение на контрола на СТИ, което е упоменато в раздел III „Профилактика на заболяванията”, а именно: „Изпълнение на специфични профилактични дейности за пациента и неговото семейство, с изготвяне и контрол по изпълнението на семейни програми за превенция на полово предавани инфекциозни заболявания и СПИН”. Можем да разгледаме тези дейности само като пожелателни, което означава, че не се извършват. Като причини за това можем да посочим: не са структурирани като стандарт за поведение; не са организирани; не са финансирани. С **Приложение №6 на Наредба №9** „Комплексно

диспансерно (амбулаторно) наблюдение” се определят дейности за контрол на СТИ: наблюдение от **специалисти дерматовенеролози в специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП)** (8). В приложението се използва термина кожно-венерически заболявания и обем дейности, които трябва да изпълняват лекарите от СИМП и включва: здравно-информационни дейности, лечение, диспансерни прегледи, необходими изследвания и необходими високоспециализирани дейности (ВСД). Тези дейности са определени като „диспансерно-амбулаторни”. От специалистите дермато-венеролози се очаква да са основно ангажирани с лечебната дейност по отношение на СТИ, без да се пренебрегва профилактичната. С НРД се уточняват видовете и изискванията за лечебните заведения (ЛЗ), където се извършва диспансерното (амбулаторно) наблюдение на пациенти със СТИ: „*лечебни заведения за болнична помощ (ЛЗБП) с клиники/отделения по кожно-венерически болести и в Центрове за кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*“ и съответно имат финансиране от НЗОК след сключен договор (5). Буди недоумение защо са определени единствено в тези ЛЗ? Причината да не са въввлечени останалите лечебни заведения от СИМП, в които има дермато-венеролози, напълно правоспособни да водят диспансерно наблюдение, остава неясна. На този етап на липса на достатъчни човешки ресурси в здравеопазването и непреставащ процес на закриване на ЦКВЗ, е крайно неразумно да не се използват всички възможности за диспансерното наблюдение и лечение на СТИ. От 2010 г. до сега от десет ЦКВЗ с 163 легла на територията на страната са останали само три центъра с 30 легла (21). Освен малкото ЦКВЗ, малко са отделения и клиники, които имат сключен договор с НЗОК за извършване на тази дейност.

Затова е уместно и разумно да се даде възможност на дермато-венеролози от лечебни заведения в СИМП да извършват дейностите по това диспансерно наблюдение на СТИ. В противен случай ще има цели области от страната, в които поради липсата на договореност на НЗОК с ЛЗБП и ЦКВЗ от една страна, и липсата на такива лечебни структури, от друга, ще е налице риск дори здравно-осигурените лица да останат без тази здравна грижа и без достъп до нея.

Стандартите на поведение по отношение на диспансерното наблюдение на СТИ и обхвата на здравни дейности и изследвания са нормативно уредени с Наредба №8 от 3 ноември 2016 г. за **профилактичните прегледи и диспансеризацията** (в сила от 01.01.2017 г., обн. ДВ. бр.93 от 23 ноември 2016 г.) (11). В нея се посочват какъв брой диспансерно-амбулаторни прегледи в зависимост от нозологичната единица на СТИ, и от клиничния стадий на заболяването, е необходимо да извършат специалисти от лечебните заведения. Отново трябва да се подчертае, че финансирането на диспансерно-амбулаторно наблюдение засега е нормативно уредено и организирано само за здравно-осигурени пациенти, при условие, че на територията на областта съществува ЦКВЗ или клиника/отделение по кожни и венерически болести. Нерегламентирано и неизяснено остава финансирането на диспансерното наблюдение на здравно-неосигурени пациенти със СТИ, според последната промяна в Закона за здравето (3, 4). Правила за терапевтично поведение при СТИ има определени и в **Медицински стандарт по кожни и венерически болести** (9). В стандарта е конкретизирано лечението за сифилис и гонорея в амбулаторни условия: „*Амбулаторно лечение на сифилис и гонококия: а) серологичен и клиничен контрол на болните от сифилис на 3-тия,*

6-ия и 12-ия месец и след това веднъж годишно до три години след лечението; б) клиничен и микробиологичен контрол на болните от гонококия на 3-тия, 10-ия и 15-ия ден след лечението, а при жените - и след първата менструация; в) при необходимост и по преценка на лекаря някои болни със сифилис може да се лекуват стационарно съгласно съществуващите наредби”.

Трябва да уточним, че наредби за стационарно лечение не са открити при изследването на нормативната рамка, освен ако не възприемем лечението по **Клинична пътека № 97 от НРД 2020-2022** като определен вид нормативен акт (14). В клиничната пътека „*Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин*”, в която са включени четири диагнози по МКБ 10, които се финансират от НЗОК:

1. Ранен вроден сифилис със симптоми;
2. Ранен вроден сифилис, латентна форма;
3. Болести, предизвикани от ХИВ с прояви на други бактериални инфекции;
4. Сифилис, усложняващ бременността, процеса на раждане и постродилния период.

Ключов компонент в нормативната регулация на управлението на СТИ спектъра в Р. България би трябвало да е **Наредба №3 от 26 май 2016 г.** на министъра на здравеопазването (Държавен вестник № 43 от 7 юни 2016), която определя **реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция** (12). Тази наредба е по-скоро с пожелателен характер, поради това, че има неясноти относно субектите, които извършват проследяването и контролните прегледи на пациенти със СТИ, както и неясноти относно източниците на финансиране. Наредбата е издадена на основание чл. 60, ал. 5 от Закона за здравето (3). Законът задължава Министъра да определи с наредба реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на отделни заразни болести. Тази наредба указва проследяването и честотата на контролните прегледи на пациенти със СТИ, но реализиране на наблюдение и на контрол на СТИ, като ранна диагностика, проследяване и пълноценно лечение, не е налице. По отношение на стационарно лечение тази наредба също не дава никакви указания и не уточнява възможности за действия.

В следващата част на този преглед разглеждаме нормативната регулация по отношение на серологичния контрол за профилактиране на разпространението на конкретна болест от спектъра на СТИ, а именно сифилис. Това е определено с някои специфични закони като **Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането** (обн. ДВ от 21.11.2003г.) и **Закон за трансплантацията на органи, тъкани и клетки** (обн. ДВ от 01.01.2004г.) (6, 7). В тях се определят задължения от страна на медицинските специалисти за гарантиране на максимална сигурност за здравето на донора и реципиента. Медицинските специалисти са длъжни да осигурят изследване за трансмисивни инфекции и други заболявания на дарителите. Има създадена Национална система по трансфузионна хематология, която позволява всеки дарител да разбере своя серологичен статус по отношение на определени трансмисивни заболявания, сред които и сифилис. Можем да възприемем този серологичен контрол като вид скрининг - опортюнистичен скрининг. В съответствие с Националната здравна стратегия 2021-2030 е необходимо да се регламентира серологичния контрол на СТИ (СПИН, сифилис, хепатит) и при инвазивни процедури в кардиологията, гастроентерологията и др., като тези

промени бъдат отразени в съответните медицински стандарти (18).

Други нормативни актове, изискващи такъв серологичен контрол и по този начин действащи като механизъм за опортюнистичен скрининг са **инструкции на МЗ и на МВР**, отнесени към някои професионални групи и към хората, сключващи граждански брак. Според **Семейния кодекс (СК) на Република България** (20) сключването на граждански брак зависи от здравословното състояние на лицата. В чл. 7, ал.1 т. т. 2 и 3 на СК законодателят е посочил две категории болести, наличието на които не допуска сключването на брак, а именно когато лицето: *“2. е поставено под пълно запрещение или страда от душевна болест или слабоумие, които са основание за поставянето му под пълно запрещение”* и *“3. страда от болест, представляваща сериозна опасност за живота или здравето на поколението или на другия съпруг, освен ако той знае за тези болести”* (17). По втория критерий примерно изброяване на болестите е направено в Инструкция № 1 за реда за медицинско освидетелстване на встъпващите в брак, издадена от Министерството на народното здраве от 1991 г. Чрез медицинското свидетелство преди сключване на граждански брак се представя липсата на заболявания от спектъра на СТИ сифилис и гонорея. Изследването е задължително и за двамата партньори (17).

Независимо, че инструкцията за медицински свидетелства е стара, издадена от Министерството на народното здраве, тя се възприема за легитимна и изисква при сключване на граждански брак. Законодателят през 1991 г. е предвидил, че тези болести са сериозни и създават опасност за живота и здравето на лицето, с което се встъпва в брак и за създаването на бъдещо поколение, но в т. 3 съществува и едно уточнение – *“...освен ако знае за тези болести”*. Според проф. д-р Лиляна Ненова: *„Законодателят е отчел възможните нравствени и емоционални подбуди за встъпване в брак с едно болно лице. Той е счел за допустимо да уважи в дух на хуманизъм желанието за приемане на подобна саможертва. Касае се обаче до болест, опасна само за съпруга.”* (17). Но, когато болестта е опасна за поколението, гражданският брак става недопустим (17).

Друга група лица, попадаща в този вид опортюнистичен скрининг са служители на МВР, за които също е задължително серологичното изследване за сифилис. **Наредба № 8121 от 25 юли 2014 г. на МВР** определя медицинските изисквания за работа в Министерството на вътрешните работи (13). Според нея се изисква изследване за сифилис за постъпване на работа в полицията.

Нормативната регулация за реализиране на профилактика и скрининг се определя от посочената по-горе **Наредба № 3 от 26 май 2016 г.** за реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и уrogenитална хламидийна инфекция (12). В член 6, от нея, са описани групите, които задължително се подлагат на скринингово изследване за сифилис:

1. новородени с кръв от пъпната връв, чиито майки нямат проведен тест на Васерман (серологичен тест);

2. жени в случаите на прекъсване на бременност. Независимо, че серологичният контрол на сифилис за бременни не е указан в тази наредба, той се извършва, поради определянето му в Програма „Майчино здравеопазване“ на НЗОК като задължителен. Всички бременни се изследват задължително, защото тук е ясна

организацията и финансирането, както и контролът от финансиращия орган – НЗОК.

В член 7 от същата наредба е определен скрининг с **незадължителен** характер за следните рискови групи:

1. лица с рисково сексуално поведение - лица, практикуващи секс без предпазни средства и/или имащи множество сексуални партньори;

2. лица, употребяващи интравенозно наркотици;

3. мъже, които правят секс с мъже; жени, които имат сексуални контакти с мъже, които правят секс с мъже; лица с други СТИ или анамнестични данни за такива; сексуални партньори на лица със СТИ;

4. лица, участващи в програми за лечение на зависимости; лица, жертви на трафик на хора;

5. лица, пострадали от сексуално насилие;

6. лица, изтърпяващи наказание „лишаване от свобода“;

7. родилки, които не са изследвани за сифилис по време на бременността, преди раждане (12)“

На следващо място се спираме на парадокса с текстове от **Наказателния кодекс (НК)**, отнасящи се за задължително лечение на СТИ, при условие, че тези заболявания отдавна са отпаднали от изискванията по ЗЗ за задължително съобщаване и задължително лечение. Това повдига вечния дебат за баланса между обществена ползност и личните права. Не е ли опасно за обществото, лечението на СТИ да бъде оставено единствено на личната отговорност?

Тук представяме текстове от НК, които практически нямат приложение към настоящия момент (16). В **Наказателния кодекс**, който насочва към задължителност на лечението на венерическите болести и третира случаите на отказ от лечение в чл. 135, ал. 5 (Изм. - ДВ, бр. 28 от 1982 г., в сила от 01.07.1982 г., изм. - ДВ, бр. 10 от 1993 г., изм. - ДВ, бр. 62 от 1997 г.) се казва: *„лице, болно от венерическа болест, което откаже да се лекува или се отклонява от редовно задължително лекуване, се наказва с глоба до триста лева, налагана по административен ред.”* Във Втора глава от НК: *„Престъпления против личността”*, в раздел *„Телесна повреда”*, с чл. 135 е инкриминирано деянието на умишлено или непредпазливо заразяване с венерическа болест. В тази норма са предвидени различни хипотези, както и различни наказания, в зависимост от обществената им опасност. Видно от датирането в закона, тази норма не е изменяна от 90-те години, затова е употребено и понятието *„венерическа болест”*. Наказателното преследване на този вид престъпление понастоящем едва ли се разглежда отделно, а по-скоро в хипотезата на съвкупност с други престъпления или рецидив. По този начин високата обществена опасност на този вид престъпление остава пренебрегната и непозната за гражданите. Разбира се, незнанието не извинява никого, но на този етап единствените механизми за предпазване на населението остават профилактиката и разширяването на здравната просвета и информираност на населението и високата лична отговорност.

Изводи:

1. Мениджмънтът на спектъра на СТИ в България се базира на нормативна уредба, която определя основните стандарти за терапевтично и профилактично поведение.

2. Въпреки широката нормативна база, повечето документи са само рамка, без конкретика в организационен аспект и липса на финансиране на регламентирани действия.

3. Това е особено подчертано за уязвими групи,

например здравно неосигурени лица, които са точната рискова група за СТИ – бедни, бездомни и малцинствени групи.

4. За тях обаче излиза проблема, че липсва ред и организация, кой и как осъществява здравната грижа, неясно финансиране, което оставя не само тези групи, но и здравно-осигурените без гарантиран достъп до необходимите и регламентирани грижи.

5. Загубени са основните принципи в контрола на сифилиса като превантивното лечение на контактни без данни за заболяване и диспансерно наблюдение.

6. Запазен е серологичният контрол на сифилис за някои групи от населението. Но това е несистемен контрол на ниско рискови групи и е по-скоро опортюнистичен скрининг, без ефективен контрол и оценка на резултатите.

Заключение:

За успешното и ефективното извършване на мениджмънта на СТИ, посочените нормативни актове предвиждат редица правила и изисквания при провеждане на профилактична, диагностична и лечебна дейност. Тези правила не са достатъчни и не могат да обхванат всички случаи в практическата работа на медицинските лица, повечето от тях служат като общи ръководства. Основният проблем, който се очертава, е липсата на финансови ресурси и източници на финансиране. За здравната система сериозно предизвикателство се оказва контролът и лечението на сифилис във всичките му форми и стадии. Проблематичен е въпросът за диспансеризацията, като не става ясно кой и как е ангажиран с осъществяването на ефективно диспансерно наблюдение на пациентите със сифилис. Особено внимание заслужава въпросът за проследяване и наблюдение на бременни, новородени и малки деца за сифилис. Абсолютно неясен остава въпросът за издирване на контактните лица. Не намерихме текстове, които да дават ясен регламент на такива дейности – кой ги осъществява, как се контролират и кой ги финансира. В повечето случаи своевременното откриване на заболяването зависи от самия заболял и от неговата здравна култура и отговорност пред семейство и общество. Наличието на текстове в Наказателния кодекс, които защитават обществената полза, са безплодни към настоящия момент.

ООН прие Програмата за устойчиво развитие и одобри нови глобални цели, очертаващи устойчиво развитие за хората и планетата до 2030. Новите седемнадесет цели за устойчиво развитие /ЦУР/ са универсална, интегрирана и трансформираща визия за по-добър свят (25).

Провеждането на програмен мониторинг трябва да отразява глобалните цели за контрол на заразните заболявания и засилване на процесите на ерадикация и елиминация на социално значими заразни болести, като полиомиелит, туберкулоза, СПИН, вирусни хепатити и други СТИ (13-та Работна програма на СЗО 2019-2023; препоръки на Европейският център за превенция и контрол на болестите, Стокхолм и Европейската комисия за докладване на приоритетни инфекции за наблюдение и здравни заплахи) (23). Това е упоменато в някои стратегически документи на нацията с отношение към проблема: Национална здравна стратегия 2021-2030, Национална програма за ХИВ и полови предавани инфекции, Стратегия за демографско развитие на Р България (15, 18, 22). Държавата прави опити за нормативно определяне на тази здравна грижа, включително и за уязвими групи, които да са еквивалентни на грижите, достъпни за останалите.

По отношение на всеки е важно в съвременния свят да

се следват правила, които да балансират обществените и лични интереси: многостранен въпрос с многопосочна интерпретация в духа на човешките права и правата на пациента. Дали изобщо е възможно да се коментират въпроси на задължителност на определени действия спрямо личността, свързани с контрола на СТИ в съвременното общество, функциониращо на принципите на пазарната икономика, из основи променила обществените отношения в здравната система. Развитието на тези процеси води до коренна промяна в отношението и поведението спрямо мениджмънта на спектъра на СТИ. При адекватна регулация и финансиране би могло да се очаква България да достигне целите за устойчиво развитие в тази област на човешкото здраве и особено що се отнася до амбициите за ерадикация на вродения сифилис, което на този етап изглежда дискуссионно и сложно. Направеният преглед дава добра възможност за осмисляне, очертаване и приложението на адекватни подходи, методи и инструменти в последващо собствено научно проучване.

Бел. Този материал е разработен по НИП №12/2020 конкурс за финансиране на научни проекти: МФ, ТрУ – Стара Загора.

Литература:

1. Грънчарова, Г., С. Александрова-Янкуловска, Социална медицина – пето преработено и допълнено издание, Изд. център ВМИ - Плевен, 2016, 2017 г., 350 с.
2. Електронна правна академия, цикъл-лекции, достъпно на: <https://www.lawacademybg.wordpress.com>
3. Закон за здравето, обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г, достъпен на: <https://www.mh.government.bg/media/zakon-za-zdraveto.pdf>
4. Закон за здравното осигуряване, обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г, достъпен на: <https://www.mh.government.bg/pdf>
5. Закон за лечебните заведения, обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г, достъпен на: <https://www.mh.government.bg/pdf>
6. Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, обн. ДВ. бр.102 от 21 Ноември 2003г., достъпен на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/10/25/zkkk.pdf
7. Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки, обн. ДВ. бр.83 от 1 Януари 2004г г., https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/10/07/zakon_za_transplantaciq_na_organ_i_tykani_i_kletki.pdf
8. Конституция на Република България, Обн., ДВ, бр. 56 от 13.07.1991 г., в сила от 13.07.1991 г., достъпна на: <https://parliament.bg/bg/const>
9. Медицински стандарт „Кожни и венерически болести“, Наредба № 23 от 25 юни 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Кожни и венерически болести“, обн. ДВ. бр.55 от 20 Юли 2010г., изм. и доп. ДВ. бр.37 от 17 Май 2016г., достъпен на: <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/meditsinski-standarti/>
10. Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на националната здравноосигурителна каса, обн. ДВ. бр.98 от 13 Декември 2019г., достъпен на: <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/naredbi/>
11. Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, обн. ДВ. бр.92 от 22 Ноември 2016 г., достъпен на: <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/nared>
12. Наредба № 3 на министъра на здравеопазването от 7 юни 2016 г., която се определя реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция, обн. ДВ. бр.43 от 7 Юни 2016г. , достъпен на: <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/naredbi/>
13. Наредба № 8121з-344 от 25 юли 2014 г. за назначаване на държавна служба в министерството на вътрешните работи, обн. ДВ. бр.64 от 5 Август 2014г., достъпна на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2136280257>
14. Национален рамков договор за медицинските

- дейности за 2020 – 2022, Национален рамков договор № РД-НС-01-4 от 23 декември 2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз, достъпен на: <https://www.nhif.bg/page/2055>
15. Национална програма за ХИВ и полови предавани инфекции, достъпна на: <https://strategy.bg>
 16. Наказателен кодекс, в сила от 01.05.1968 г., Обн. ДВ. бр.26 от 2 Април 1968г., последно доп. и изм. ДВ. бр.83 от 2 Октомври 2019 г. достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/1589654529>
 17. Ненова Л., Семейно право - Книга първа, изд. СОФИ-Р, 2009, с.664
 18. Проект за Национална здравна стратегия 2021-2030, достъпно на: <https://www.strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=5755>
 19. Славов Св., Лекарски грешки и лекарски деликти, изд. СИБИ, 1996, с. 320
 20. Семсеп кодекс, в сила от 01.10.2009 г., изм. и доп. ДВ. бр.101 от 27 Декември 2019г.
 21. Справочник здравеопазване – 2019 на НЦОЗА, София, 2019, достъпен на <https://www.ncpha.government.bg/>
 22. Стратегия за демографско развитие на РБългария, актуализирана (2012 г. - 2030 г.) достъпна на: <https://strategy.bg>
 23. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis and congenital syphilis in Europe - A review of epidemiological trends (2007 - 2018) and options for response. Stockholm: ECDC; 2019, available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-and-congenital-syphilis-europe-review-epidemiological-trends>
 24. WHO, Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 – 2015 Breaking the chain of transmission, available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/>
 25. UN, Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, United Nations, 2015, available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
 26. WHO, Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021 available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>
 27. WHO, Draft global health sector strategies, Sexually transmitted infections, 2016–2021 Report by the Secretariat Sixty-ninth World Health Assembly provisional agenda item 15.1. Document A69/ 33. available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_33-en.pdf

Адрес за кореспонденция:

Проф. д-р. Юлияна Крумова Маринова, дм

Тракийски университет, Медицински факултет, Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“

ул. „Армейска“ № 11

гр. Стара Загора, 6000

email: marinova@mf.uni-sz.bg