СПРАВКА

ЗА ОТРАЗЯВАНЕ НА СТАНОВИЩАТА, ПОЛУЧЕНИ ОТ ОБЩЕСТВЕНОТО ОБСЪЖДАНЕ НА ПРОЕКТА НА НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ (ХНБ) 2026–2030

Участник в общественото обсъждане	Предложение/Мнение	Приема се/ Не се приема	Мотиви
АстраЗенека България ЕООД gergana.pencheva@astrazeneca.com (Вх. № 26-00-184/14.01.2026)	От името на АстраЗенека България представяме настоящото становище във връзка с публикувания за обществено обсъждане проект за Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026–2030. Предлагаме хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) да бъде включено сред приоритетите на националната програма за превенция. ХБЗ е тежко, прогресиращо заболяване, което води до значима инвалидизация, преждевременна смърт и чести хоспитализации. Пациентите с диабет и сърдечносъдови заболявания са сред най-рисковите популации за развитие на ХБЗ. Увредата на бъбречната функция в хода на кардиореналния и метаболитен континуум поставя тези пациенти в повишена опасност от сърдечносъдови събития и смърт. В съответствие с международния консенсус, Световната здравна организация официално разпознава бъбречните заболявания като здравен приоритет в рамките на хроничните незаразни заболявания и ги включва в глобалната рамка за действие, което подкрепя необходимостта от системни мерки за превенция, ранно откриване и контрол. Бремето върху здравната система е съществено: напредналите стадии на ХБЗ водят до високи разходи за диализа и трансплантация, както и до повишени хоспитализации по кардиоваскуларни причини. В същото време ранният скрининг (eGFR и албуминурия/UACR), проследяването и навременната терапия са рентабилни, намаляват прогресията към диализа и ограничават усложненията. В тази връзка препоръчваме програмата да предвиди: • Ранна идентификация и скрининг в рисковите групи (диабет, ССЗ, хипертония) с ежегодни тестове на eGFR и UACR.	Не се приема	Националната програма е насочена към намаляване на здравните щети от основните поведенчески и средови рискови фактори (тютюнопушене, вредна употреба на алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност) чрез мерки за първична превенция на популационно ниво. Това е в съзвучие с препоръките на Европейския парламент и инициативата „По-здрави заедно“, които насърчават държавите членки да се фокусират върху рисковите фактори и предотвратимата

	• Ясни пътеки за консултация и проследяване между ОПЛ и нефролози. • Интегрирано управление на кардиореналния риск и обучение на пациентите от рисковите групи като част от стандартната хронична грижа. • Индикатори за резултат, насочени към намаляване на прогресията към диализа и хоспитализации. Считаме, че включването на ХБЗ сред приоритетите е медицински обосновано, икономически разумно и в най-добър интерес на пациентите. То ще осигури по-ранно откриване, по-добро управление на риска и по-ниско ресурсно натоварване		преждевременна смъртност, а не върху отделни заболявания (резолюция на Европейския парламент, 2022–2025, точки 38–45). СЗО също разглежда хроничните незаразни заболявания на популационно ниво и поставя акцент върху мерки за първична превенция, ранно откриване на рискови фактори и управление на интегриран риск (Глобален план за действие на СЗО за незаразните болести 2013–2030 и актуализация 2024 г.). Предложените дейности във връзка с ХБЗ (скрининг, клинично проследяване и терапевтични интервенции) попадат в обхвата на вторичната и третичната превенция и на здравно-осигурителната система, което излиза извън предметния

			обхват на настоящата програма. Рисковите фактори за ХБЗ се адресират индиректно чрез вече заложените приоритети и мерки на програмата.
Костадин Лучков kostadin_luchkov @abv.bg (Вх. № 94-182/16.01.2026)	Аз съм Костадин Лучков, на 40 години, инжинер по образование и професия. От град Пловдив. Създател съм на YouTube канала @kukurigovo, в който предлагам алтернативи на вредния начин на живот. С радост бих искал да изразя своя интерес към Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026-2030. Смятам, че инициативата е от съществено значение за подобряване на здравословното състояние на обществото и бих искал да подкрепя усилията Ви, като предоставя платформа за разпространение на информация и ресурси, свързани с превенцията и здравословния начин на живот. Вярвам, че чрез моите видеосъдържания мога да достигна до широка и аудитория и да предоставя полезна информация относно затлъстяването, застоялият начин на живот и злоупотребата с алкохол. Бих искал да обсъдим възможностите за сътрудничество и как мога да бъда от полза за популяризирането на Вашата програма. Благодаря Ви за вниманието и очаквам с нетърпение Вашия отговор! С уважение, Костадин Лучков 0877 584 000 Kostadin_luchkov@abv.bg	Не се приема	Разработването и разпространението на информационни материали, комуникационни кампании и инструменти по Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026–2030 г. се осъществява от Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) в рамките на възложените му експертни и координационни функции. Към настоящия етап не се предвижда включване на външни индивидуални платформи в изпълнението на дейностите по програмата.

Асоциация на пациентите активни в здравеопазването (Вх. № 15-00-11/20.01.2026)	Във връзка с подготовката на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (ХНБ) 2026–2030 представям следното становище в подкрепа на включване на хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) в обхвата на ХНБ и на интегриран скрининг за ХБЗ сред пациентите със захарен диабет и сърдечносъдови заболявания. През 2025 г. Световната здравна организация официално позиционира бъбречните заболявания като приоритет в рамките на хроничните незаразни заболявания. С това се утвърждава консенсусът, че ХБЗ има общи, поддаващи се на превенция детерминанти, позволява ранно откриване и ефективен контрол и следва да бъде обект на същите стратегически мерки. Пациентите със захарен диабет и/или сърдечносъдови заболявания са с доказано повишен риск от развитие и прогресия на ХБЗ. Влошаването на бъбречната функция е силен и независим предиктор за смъртност при тези пациенти. Рискът от фатални събития и хоспитализации по кардиоваскуларни причини расте значимо с прогресивния спад на eGFR и с нарастването на албуминурията. Въвеждането на систематичен скрининг за ХБЗ в тези популации чрез ежегодно изследване на албуминурия (UACR) и изчислена гломерулна филтрация (eGFR) е медицински обосновано и оперативно изпълнимо в рамките на първичната медицинска помощ. Предложение: • Официално включване на ХБЗ в списъка на ХНБ в Националната програма за превенция на ХНБ 2026–2030, в съответствие с позицията на СЗО. • Скрининг за ХБЗ в популациите с диабет и със сърдечносъдови заболявания в първичната медицинска помощ, с ежегодно измерване на eGFR и UACR. Това ще позволи пациентите да бъдат диагностицирани и лекувани навреме, което ще забави прогресията на ХБЗ, ще намали инвалидизацията и хоспитализациите, както и смъртността	Не се приема	В съответствие с действащата нормативна уредба, в Република България вече са регламентирани профилактични и диагностични дейности, насочени към ранно откриване и проследяване на бъбречната функция, включително при лица с повишен риск, каквито са пациентите със захарен диабет и сърдечносъдови заболявания. Съгласно Наредба № 8/03.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, за лицата на възраст от 20 до 65 години са предвидени профилактични изследвания на серумен креатинин и изчислена гломерулна филтрация (eGFR). Допълнително, в приложение № 13 към същата наредба, в рамките на диспансерното наблюдение на лица със

			захарен диабет и сърдечносъдови заболявания, ежегодно е включено изследване на креатинин и eGFR. Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, осигурява диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности по клинични пътеки за заболявания на пикочо-половата система съгласно МКБ-10, което гарантира достъп до лечение и проследяване на пациентите с бъбречни заболявания. С оглед на гореизложеното може да се приеме, че ключовите елементи на превенцията, ранното откриване и контрола на хроничното бъбречно заболяване вече са нормативно уредени и прилагани чрез съществуващите механизми на профилактика,

			диспансеризация и здравноосигурително покритие. Поради това не се налага изрично допълване на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026–2030 с отделни мерки или дейности, специфично насочени към ХБЗ.
Асоциация на пациенти с бъбречни заболявания и приятели (Вх. № 15-00-14/21.01.2026г. същото становище е постъпило от Министерския съвет с Вх. № 15-00-14/23.01.2026 г.)	Във връзка с публикувания на 23.12.2025г. на официалния сайт на Министрески съвет Проект за Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026-2030, с настоящото предоставям и моля да бъде съобразена аргументация за изрично включване на Хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) в списъка с хронични незаразни болести (ХНБ) в рамките на националната програма. ХБЗ е споменато само като „усложнение от диабета—, а не като самостоятелна основна причина за смъртността и инвалидността в световен мащаб – обстоятелство, което е безспорен факт. Именно това обосновава и подаването на настоящото становище от името на представляваното от мен сдружение. □ Международна класификация и актуализация от СЗО: През 2025 г. Световната здравна организация официално посочва ХБЗ като част от групата на хроничните незаразни заболявания, наред със сърдечносъдовите заболявания, рака, диабета и хроничните респираторни заболявания. На 10 февруари 2025 г. СЗО прие резолюция, в която бъбречните заболявания са признати за глобален приоритет в рамките на незаразните хронични заболявания.1 Това отразява консенсуса, че ХБЗ има детерминанти, поддаващи се на превенция, ранно откриване и контрол, и следва да бъде предмет на същите стратегически мерки и мониторинг. □ Връзка с диабета и високорискови популации: Пациентите със захарен диабет са с висок риск за развитие на ХБЗ. Повече от 30% от популацията с диабет развива ХБЗ. 2 Данните сочат, че наличието на диабет ускорява прогресията на бъбречното увреждане и води до усложнения като хронична бъбречна недостатъчност. Включването на ХБЗ в ХНБ ще	Не се приема	Предложението по същество съвпада с вече постъпило становище от „АстраЗенека България“ ЕООД, по което е формирано становище. Мотивите за неприемане са изложени в таблицата с предложенията и становищата по общественото обсъждане и се прилагат и за настоящото предложение.

	позволи интегриран скрининг (например албуминурия, eGFR) в програмите за диабет и хипертония, с потенциал за съществено намаляване на усложненията и разходите. Кардиоренален риск и смъртност: ХБЗ увеличава сигнификантно смъртността от сърдечносъдови заболявания. Пациентите с нарушена бъбречна функция имат до 14 пъти по-висок риск да загинат от сърдечносъдова смърт.3 Кардиореналният континуум налага комплексно управление на рисковите фактори (артериална хипертония, дислипидемия, затлъстяване, ХБЗ), като включването на ХБЗ би улеснило интегрираните подходи в първичната медицинска помощ и националните скринингови пътеки. Голямо и растящо бреме за здравната система: ХБЗ е често недиагностицирано в ранните стадии, но напредналите форми водят до висока заболеваемост, инвалидизация и значителни разходи за диализа и трансплантация. Ранното откриване и контролът на рисковите фактори са доказано рентабилни и намаляват нуждата от високоспециализирани и скъпи терапии. Съответствие с европейски и глобални рамки: Включването на ХБЗ като ХНБ гарантира съгласуваност с Глобалния план за действие на СЗО 2013–2030 и неговата актуализация (2024), с целите на ООН за устойчиво развитие (Цел 3), и с Националната здравна стратегия 2030 (Приоритет 1 и Приоритет 3). Това улеснява мониторинга чрез общи индикатори и обмена на добри практики. Икономическа аргументация: Ранната идентификация и управление на ХБЗ намаляват разходите, свързани с диализата, хоспитализациите по кардиоваскуларни причини и загубите на продуктивност. Интегрираните кардиоренални стратегии са доказано рентабилни при популации с висока честота на хипертония и диабет. Предложение: ХБЗ да бъде официално включено в списъка на ХНБ в Националната програма за превенция на ХНБ 2026–2030. Да се добавят специфични цели и индикатори: o Скрининг покритие: процент лица с диабет и/или хипертония с ежегодно измерени eGFR и албуминурия (UACR). o Ранна диагноза: дял на новооткритите пациенти с ХБЗ в стадии 1–3.		

	o Изходи: намаляване на хоспитализациите по кардиоваскуларни причини при пациенти с ХБЗ; намаляване на прогресията към диализа. Да се предвидят целеви дейности: обучение на ОПЛ за ранно откриване на ХБЗ, пътеки за бърза консултация с нефролог, целеви обучителни кампании за рискови групи (с диабет, артериална хипертония, ССЗ) и интегриране на ХБЗ в съществуващите скринингови за диабет, хипертония и ССЗ. Включването на ХБЗ като хронично незаразно заболяване е медицински обосновано, икономически разумно и напълно съвместимо с националната и международната стратегическа рамка. То ще позволи по-ранно откриване, по-добро управление на кардиореналния риск и намаляване на преждевременната смъртност.		
Сдружение Въздух за здраве (Вх. № 63-00-9/22.01.2026)	С настоящото становище изразяваме позицията на членовете на сдружение “Въздух за здраве” в рамките на законоустановения срок по процедурата, описана в чл. 26 от Закона за нормативните актове. Сдружение „Въздух за здраве“ е гражданска организация с ясно изразена експертна и обществена мисия, насочена към защита на правото на чист въздух като ключов фактор за опазване на общественото здраве. Организацията обединява активни граждани, специалисти и професионалисти от различни области, като в рамките на сдружението функционира експертна мрежа от над 50 лекари-специалисти от цялата страна, включително в областта на пулмологията, кардиологията, педиатрията, онкологията и общественото здраве. Тази мрежа позволява позициите и становищата на сдружението да се основават не само на гражданска чувствителност, но и на медицински доказателства, клиничен опит и интердисциплинарен професионален анализ. Чрез своята дейност „Въздух за здраве“ работи за изграждане на устойчив диалог с институциите, за повишаване на обществената информираност и за въвеждане на политики, които поставят защитата на здравето и превенцията на заболяванията, свързани със замърсяването на въздуха, като безусловен публичен приоритет. Предвид доказаните и тежки последици от замърсяването на атмосферния въздух върху общественото здраве, приемането на проекта като цяло следва да се оцени като необходима, но недостатъчна стъпка, ако съдържанието му остане недопълнено. Научните данни, използвани в	Не се приема	Съгласно инициативата на ЕС за незаразните болести „По-здрави заедно“ (2024) основният фокус на здравните политики остава върху широко разпространените модифицируеми рискови фактори за хронични незаразни болести – тютюнопушене, алкохол, нездравословно хранене, липса на физическа активност и психосоциални фактори, като околната среда се разглежда като допълнителен аспект, изискващ координация с други сектори (екология, енергетика,

	проекта, недвусмислено свързват експозицията на фини прахови частици и други замърсители с повишена заболеваемост и смъртност от хронични респираторни заболявания и рак на белия дроб, но проектът не отразява научно доказаната връзка между ефектите от замърсяването и редица други хронични незаразни заболявания (ХНЗ). В този контекст предложенията ни по текстовете на проекта, включително плана и бюджета, биха въвели предпоставки за системен и превантивен подход към един от ключовите модифицируеми рискови фактори за здравето – качеството на въздуха, като интегрира мерки с дългосрочен ефект върху намаляване на здравните неравенства, ограничаване на преждевременната смъртност и редуциране на социално-икономическата тежест за обществото. Именно подобен подход е в пълно съответствие с принципа „здраве във всички политики“ и с целите, които Сдружение „Въздух за здраве“ последователно защитава – поставяне на здравето на хората в центъра на публичните решения и превръщане на чистия въздух в реално гарантирано обществено благо, а не в абстрактна декларация. Необходимост от допълване на проекта с разглеждане на факторите на жизнената и околна среда като важни екологични и социални детерминанти на здравето През последните десетилетия все повече данни говорят, че изцяло биомедицинският подход за разбиране и управление на здравето е недостатъчен за адресиране на нарастващата тежест от хронични неинфекциозни заболявания. Все повече научни доказателства сочат, че характеристиките на градската среда могат значително да повлияят картината на общественото здраве1. В България, между 15 и 20% от смъртните случаи, дължащи се на най-често срещаните сърдечносъдови и дихателни заболявания, се свързват с хроничното излагане на мръсен въздух, основно фини прахови частици с диаметър 2.5 микрона или по-малки (ФПЧ$_{2.5}$)2. Научните доказателства демонстрират причинно-следствена връзка между излагането на ФПЧ$_{2.5}$ и развитието на атеросклероза, миокарден инфаркт, инсулт, сърдечнанедостатъчност и внезапна смърт. Всяко увеличение с 10 μg/m³ в краткосрочното излагане на ФПЧ$_{2.5}$ повишава риска от остри сърдечносъдови събития с 1-2%, докато дългосрочното излагане увеличава този риск с 5-10%. Освен това, дългосрочното излагане на ФПЧ$_{2.5}$ е свързано със значително повишен риск от хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ), рак на белия		транспорт). Включването на конкретни мерки за контрол на качеството на въздуха в рамките на Националната програма за превенция на хронични незаразни болести би разширило неправомерно обхвата ѝ и не е в компетенцията на Министерството на здравеопазването, съгласно разделението на институционалните отговорности.

	дроб и влошаване на астма.3 Въздушното замърсяване засяга не само дихателната и сърдечносъдовата система 4, но и множество други органи и системи. То се свързва включително с повишен риск от диабеттип 2, деменция, хронично бъбречно заболяване и психиатрични разстройства. Патофизиологичните механизми включват системно възпаление, оксидативен стрес, ендотелна дисфункция, повишено кръвно налягане, инсулинова резистентност и ускорена прогресия на атеросклерозата.5 Важно е да се отбележи, че здравните ефекти от въздушното замърсяване се наблюдават при нива значително под действащите европейски норми и дори при концентрации под препоръчаните от СЗО стойности. През 2021 г. СЗО актуализира своите препоръчителни стойности за качество на въздуха, като намали годишната средна стойност за $ФПЧ_{2.5}$ от 10 на 5 $\mu g/m^3$, отразявайки нарастващите доказателства за здравни ефекти при ниски концентрации. Интегрирането на мерки за контрол на въздушното замърсяване в националните стратегии за хронични незаразни болести представлява ефективен подход за популационна превенция. Политиките и промените в околната среда, насочени към намаляване на замърсяването, имат потенциал да окажат значително въздействие върху общественото здраве, като допълват индивидуалните превантивни мерки. Освен това, мерките за подобряване на качеството на въздуха едновременно допринасят за смекчаване на климатичните промени и постигане на множество цели за устойчиво развитие на ООН. С оглед на тежестта от хронични незаразни болести в България и значителния принос на въздушното замърсяване към тази тежест, включването на екологичните детерминанти на здравето в националната стратегия е от критично значение за ефективна превенция и контрол на хроничните заболявания. Въздухът като модифицируем фактор В проекта (Раздел 1. Въведение) не е включено изрично замърсяването на атмосферния въздух като модифицируем (подлежащ на намаляване) рисков фактор за хроничните незаразни заболявания. Това представлява съществен пропуск, тъй като Световната здравна организация (СЗО) признава замърсяването на въздуха като значим детерминант на здравето и рисков фактор за редица хронични заболявания, въз основа на систематично оценени научни доказателства.6 В своите Глобални насоки за качество на въздуха (WHO Global Air Quality		

	Guidelines, 2021)7 СЗО определя здравно-базирани целеви стойности за основните атмосферни замърсители (ФПЧ$_{2.5}$, ФПЧ$_{10}$, азотен диоксид NO_2, озон O_3, серен диоксид SO_2 и въглероден диоксид CO), които имат за цел да ограничат експозицията на населението и да намалят тежестта на хроничните заболявания, свързани със замърсяването. Този подход ясно показва, че експозицията на замърсен въздух е предотвратима и подлежаща на управление чрез политики в областта на енергетиката, транспорта, битовото отопление, индустрията и градското планиране. Европейската агенция по околна среда също отчита, че фините прахови частици (PM$_{2.5}$) имат значителен принос към преждевременната смъртност и заболеваемостта от сърдечносъдови и респираторни заболявания и рак на белия дроб в Европа, което допълнително потвърждава значението на този фактор за политиките за превенция на хроничните заболявания.8 Допълнително, в последния доклад на Lancet Commission (2024) замърсяването на въздуха е включено сред ключовите модифицируеми рискови фактори (в контекста на деменцията), което е индикатор за широка научна консолидация, че това е фактор, който може да бъде намаляван на ниво обществено здраве чрез политики и интервенции По данни на доклада Global Air 202510, замърсяването на въздуха е вторият водещ рисков фактор за смърт в света след високото кръвно налягане, като през 2023 г. се свързва с приблизително 7.9 милиона смъртни случая и 232 милиона загубени години живот. Замърсяването на атмосферния въздух следва да бъде разглеждано като модифицируем рисков фактор за хроничните незаразни заболявания, тъй като експозицията е подлежаща на намаляване чрез публични политики и междусекторни мерки. Съвременната научна литература и методология формулират ефектите на въздушното замърсяване в каузална рамка, включително като очаквана промяна в здравния риск при интервенции за редукция на експозицията, както и при оценка на смеси от замърсители, което повишава практическата приложимост на доказателствата за политиките в областта на общественото здрав.11 Въз основа на цитираните източници и много други водещи научни публикации следва да се приеме, че съществува широк научен консенсус, че замърсяването на атмосферния въздух е значим и модифицируем рисков фактор за хроничните незаразни заболявания и е необходима мярка за превенция и подобряване на общественото здраве. Предложение №1: Включване на замърсяването на атмосферния въздух		

	като значим и модифицируем рисков фактор за развитието и прогресията на хроничните незаразни заболявания като се добави следното в следния текст в Част I „Въведение“, стр. 2: “Сред най-значимите модифицируеми рискови фактори за ХНБ се открояват артериалната хипертония, тютюнопушенето, ниската физическа активност, нездравословното хранене (особено недостатъчната консумация на плодове и зеленчуци), употребата на алкохол, дислипидемиите, замърсения атмосферен въздух. Комбинираното въздействие на тези фактори значително повишава здравния риск, което налага прилагането на комплексен интердисциплинарен подход за тяхното ограничаване, което би довело и до съществено намаляване на заболеваемостта и смъртността от ХНБ.” Министерството на здравеопазването разполага със съществени правомощия в областта на защитата на общественото здраве от фактори на околната среда, включително чрез определяне на здравни стандарти, оценка на здравния риск, разработване на политики и координация с други институции. Макар да не е пряк орган по управление на качеството на въздуха, МЗ има водеща роля при формулирането на здравно-ориентирани изисквания, прилагането на превантивни мерки и информирането на населението при повишен риск. В този смисъл включването на първичната медицинска помощ като активен партньор в тази система би засилило значително ефективността на националната политика за ограничаване на здравните последици от замърсяването. Преглед на раздел 2 “Анализ на заболяемостта и смъртността от ХНБ” Общо за раздел втори: В рамките на Целите за устойчиво развитие на ООН се използва официалният индикатор 3.9.1 „Смъртност, свързана със замърсяване на въздуха“, който се поддържа и изчислява от СЗО. Този индикатор обхваща смъртността от сърдечносъдови заболявания, инсулт, хронична обструктивна белодробна болест и рак на белия дроб, причинно свързани с експозицията на замърсен въздух, и се използва за оценка на ефективността на националните политики за превенция на хроничните незаразни заболявания.12 Проектът разглежда замърсяването на въздуха, като рисков фактор, единствено за заболявания на дихателната система - ХОББ и рака на белия дроб. Международните оценки обаче го определят като рисков фактор за няколко водещи групи хронични заболявания, поради което е необходимо то да бъде разглеждано системно и в		

	останалите раздели на Програмата. Настояваме за включването на замърсяването на атмосферния въздух в детерминантите на различните групи от заболявания, които вече са разгледани, тъй като според профила на страната ни в доклада State of Global Air 202413 замърсяването на въздуха е сред водещите фактори, свързани със смъртност. Откроващи са: (а) ФПЧ$_{2.5}$ е водещият рисков фактор за смърт в страната; (б) над 11 000 смъртни случая годишно се свързват с експозиция на замърсен въздух; (в) общата смъртност, дължаща се на замърсяването, е 161 на 100 000 население – над средната световна стойност. Ето защо, в този контекст, ограничаването на въздушното замърсяване единствено до хроничната обструктивна белодробна болест и рака на белия дроб води до подценяване на реалното му значение за развитието и утежняването на сърдечносъдовите заболявания, мозъчносъдовите инциденти, ендокринните нарушения и други водещи групи хронични незаразни болести, както и до намалена ефективност на мерките за превенция и защита на населението и на цялостното управление на тези заболявания. Предлагаме допълването на раздел втори с посочване на начините и ефектите от замърсения атмосферен въздух за здравето, съотв. ХНБ за всяка вече обособена група. По-долу посочваме конкретна научно-базирана аргументация и подходящите за това текстове. За болестите на органите на кръвообращението (БОК): Оценките на Института за здравни ефекти и IHME в доклада State of Global Air 202514, показват, че замърсяването на атмосферния въздух допринася пряко за развитието и влошаването на сърдечносъдовите заболявания и мозъчносъдовите инциденти. Дългосрочната експозиция на фини прахови частици (ФПЧ$_{2.5}$) е свързана с повишен риск от инфаркт, инсулт, сърдечна недостатъчност и преждевременна смърт. През 2023 г. ФПЧ$_{2.5}$ е вторият водещ рисков фактор за смърт от исхемична болест на сърцето и инсулт в световен мащаб, а исхемичната болест на сърцето и инсултът са сред заболяванията с най-голяма тежест, свързани със замърсяването на въздуха. Според последния доклад на Европейската агенция по околна среда (EEA)15 дългосрочната експозиция на фини прахови частици (ФПЧ$_{2.5}$), азотен диоксид (NO_2) и озон (O_3) продължава да има съществени неблагоприятни ефекти върху здравето на населението в Европа. Оценките		

показват, че достигането на препоръчителните нива на СЗО би могло да предотврати значителен брой смъртни случаи, включително около 182 000 смъртни случая, свързани с ФПЧ2.5, в рамките на ЕС само през 2023 г.

Приложение № 1 към Становище от 22.01.2026 г. на сдружение „Въздух за здраве“ по проект на Национална програма за превенция на хронични незаразни болести 2026-2030 г., публикуван в Портала за обществено консултации с № 12050-К от 23.12.2025 г.

Нова т. 5 – Градска здравна среда

Стратегическа цел

Да се подобри здравното състояние на населението чрез намаляване на факторите в градската жизнена среда, водещи до замърсяване на атмосферния въздух, прекомерни нива на шум, презастрояване, недостатъчен достъп до зеленина и др., които допринасят за преждевременната смъртност, заболеваемостта и дългосрочните последици за здравето от най-често срещаните хронични незаразни болести (ХНБ).

Таблица на дейностите – предложена нова т. 5:

Стратегическа цел	**Оперативна цел**	**Дейност**	**Бюджет**	**Срок**	**Очаквани резултати / индикатори**	**Индикатори за изпълнение – текущи (2024)**	**Индикатори за изпълнение**	**Водещи институции**	**Партньори**
Подобряване здравето чрез по-здравословна градска среда	5.1 По-широко въвеждане	**5.1.1. Информационни кампании за активно придвижване**	*Да се определи*	текущ	Повишена информираност за ползите	Няма налични данни	Брой кампании ≥ 50; Обхванати	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	МС, МРРБ, НСОР, общини, НПО

			е на информиран ост та и физическа та активност		*mMZ*		ите от физическата активност; подобрени нагласи към		лица ≥ 50 000; Медийни публикации ≥ 200		, спортни		
			5.1.2. Образователни материали за зелена среда, паркове и екологичен		Да се определи от МЗ	текущ	Повишена информираност за зелената градска сред	Няма налични данни	≥ 30% ръст на информираността; ≥ 10 вида мате	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	общини, НПО, спортни		

			транспорт			а; промяна в нагласите към екологичния транспорт; Повишено знание за връзката между зелената среда, физическата активност, транспорта и здра		риали; ≥ 50 000 разпространени екземпляра					

						вето.							
			5.1.3. Ученически конкурси за здравословна градска среда	Да се определи от МЗ	текущ	Разработени и реализирани ученически здравнообразователни проекти	0	Проекти ≥ 200; Участници ≥ 10 000	МЗ, НЦОЗА, РЗИ	МОН, училища, общини, НПО,			
		5.2 Национална награда „Найзд	**5.1.4. Методология, критерии и формуляр за кандидатства не - Методология та включва пет групи критерии**	Да се определи от МЗ	текущ	Разработена методология; създадена експертна група; дефинира	0	1 методология; 1 формуляр; 1 работна група	МЗ	НСОРБУАСГ, МУ, НПО			

		равословен град“	**(качество на въздуха, здравни индикатори, градска среда, политики и мерки, защита на уязвими групи), с определени тежести и скала за оценка, описани в приложение**			ни 5 групи показатели						
			5.2.2. Подкрепящи дейности – обучения, платфор	Да се определи от МЗ	текущ	Подготвени общини; функциониращ плат	0	Обучени общини ≥ 100; Платформа акти	МЗ	НСОРБ, общини, университети, медицинска			

			ма, срещи			форма с добри практики		вна; Срещи ≥ 20		общност			
		5. Здравно информиране и застъпничество	**5.3.1. Планиране и координация на скрининга**	Да се определи от МЗ	ежегодно	Създаден график; осигурени екипи и апаратура	0	Локации ≥ 50; медицински екипи ≥ 100	МЗ, РЗИ	лечебни заведения, НПО			
			5.3.2.	Да	ежегодно	Изследва	0	Изследва	МЗ, РЗИ	лечебни			

			Провеждане на скринингови изследвания	се определи от МЗ		ни лица; регистрирани резултати		ни лица ≥ 50 000 Създаване на 1 доклад с резултати		заведения,			
			5.3.3. Насочване и здравни консултации	Да се определи от МЗ	ежегодно	Консултирани лица; насочени към ОПЛ/специалист	0	Консултирани ≥ 15 000; Насочени ≥ 5 000	МЗ, РЗИ	ОПЛ, специалисти			
			5.3.4. Комуникацио нна кампания – Ден на чистия въздух	Да се определи от МЗ	ежегодно	Повишена информираност за връзката въздух–	0	Медийни публикации ≥ 300; онлайн обхват ≥	МЗ	Медии, НПО			

						здраве		1 млн.				
			5.3.5. Отчитане и оценка на резултатите	Да се определи от МЗ	ежегодно	Годишен аналитичен доклад с препоръки	0	1 доклад/година	МЗ, НЦОЗА	РЗИ, академични институции		
Фондация „Ендометриоза и репродуктивно здраве“ (Вх. № 92-12/21.01.2026г.)	Фондация „Ендометриоза и репродуктивно здраве“ приветства разработването на Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (ХНБ) 2026–2030 и План за действие, включващи мерки за повишаване на здравната култура и информираност, както и механизми за мониторинг и оценка. С настоящото становище предлагаме включване на ендометриозата и аденомиозата като приоритетни хронични заболявания с висока тежест и инвалидизация, в синхрон със стратегическата цел на програмата за намаляване на заболеваемостта и дългосрочните последствия за здравето. Защо ендометриозата и аденомиозата следва да бъдат включени в рамката на ХНБ? Ендометриозата е хронично заболяване, при което тъкан, подобна на лигавицата на матката (ендометриум), се разпространява извън матката, предизвиквайки възпаление, силна болка, сраствания, репродуктивни затруднения и много други симптоми. По данни на СЗО, засяга повече от 10% (190 милиона) жени и момичета в репродуктивна възраст в световен мащаб1. Аденомиозата, често наричана “злата сестра на ендометриозата”, е хронично заболяване, при което тъканта навлиза и се разраства в мускулния слой на матката, което може да доведе до обилно и продължително менструално кървене, силна болка, подуване, желязодефицитна анемия и засягане на фертилните възможности. Но определението на заболяванията трудно може да опише какво изживяват засегнатите жени. Заболяванията са сред най-болезнените познати състояния, определяни в “тежкия” диапазон по скали като VAS/NRS2.										Не се приема.	Програмата се фокусира върху първична превенция на популационно ниво чрез управление на основните рискови фактори (тютюнопушене, алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност), в съответствие с препоръките на ЕС (инициатива „По-здрави заедно“, точки 38–45) и Глобалния план на СЗО за незаразните болести 2013–2030 и актуализация 2024 г. Ендометриозата и аденомиозата попадат основно в областта на

	Половите неравенства в здравеопазването представляват системен проблем (известен като gender health gap) и често се проявяват като подценяване и неглижиране на симптомите, характерни за типично женските заболявания. Проучвания показват, че женската болка често се неглижира или тълкува като „емоционална“, „драматична“ или дори „истерична“. Жените чакат средно 30 минути повече спрямо мъже със същите симптоми, за да получат обезболяващо в спешните центрове3. Допълнително, поради социални табута и липса на открит обществен диалог, за тези симптоминте на типично женски заболявания често не се говори. В резултат на това при ендометриозата се наблюдава значително диагностично забавяне, което достига между 7 и 10 години от появата на първите симптоми до поставяне на окончателна диагноза. Това забавяне увеличава риска от хронифициране на болката, намаляване на трудоспособността и необходимост от по-инвазивни интервенции, и води до значима социално-икономическа тежест. Например, европейско изследване отчита средна годишна обща цена €9,5795 на жена, като загубите от продуктивност са приблизително двойно по-високи от директните здравни разходи. Ендометриозата е и значим фактор при репродуктивни затруднения - ESHRE6 посочва оценки за разпространение 10% в общата популация и до 50% при жените с неизяснен стерилитет. Считаме, че тези заболявания попадат пряко в целите на програмата, тъй като тя включва индикатори за заболеваемост, болестност и инвалидизация по причини, пол и възраст. Превенция при ендометриоза и аденомиоза: подход чрез вторична и третична превенция Отбелязваме, че първичната превенция (пълно предотвратяване на възникването) при тези заболявания е ограничена, поради комплексна и неизяснена етиология. Въпреки това, вторичната и третичната превенция са напълно приложими и измерими, и са в съответствие с програмната логика за намаляване на дългосрочните последствия: • Вторична превенция: ранно разпознаване на симптомите, съкращаване на диагностичното забавяне, своевременно насочване и достъп до адекватна диагностика. • Третична превенция: ограничаване на последствията – хронична болка, анемия при обилни кръвотечения, психично-емоционални последствия, понижено качество на живот, затруднена трудоспособност, репродуктивни усложнения. Този подход е		вторичната и третичната превенция, диагностика и клинично управление, което излиза извън предмета на настоящата програма. Съществува потенциал за реализиране на кампании и образователни инициативи чрез отделни програми или партньорства с НПО.

	съвместим със стратегическата цел на програмата за намаляване на заболеваемостта и дългосрочните последствия. Конкретни предложения за допълване на Програмата и Плана за действие Предложение за добавяне на приоритет В Раздел „Цели и приоритети“ предлагаме да се добави нов приоритет: „Хронични гинекологични заболявания с висока тежест и инвалидизация: ендометриоза и аденомиоза.“ Това е в унисон и с въведението на програмата, което отчита, че СЗО разглежда ХНБ в по-широк обхват, отвъд четирите основни групи, и включва и други значими хронични състояния Планът за действие вече предвижда инструменти като кампании за информираност, разработване и разпространение на информационни материали, и сътрудничество с национални и местни медии, с участие на представители на НПО сектора като партньори. Предлагаме да се добави отделен пакет дейности със следните мерки, които биха могли да се осъществят с ограничен бюджет: 1. Широка информационна кампания ○Създаване на кампания в социалните мрежи за ранно разпознаване и превенция на ендометриоза, заедно с различни лидери на мнение (“инфлуенсъри”). ○Партньорство с медицински заведения за осъществяване на кампания за безплатни прегледи. ○Организиране на информационни събития в областни градове в страната. ○ Популяризиране на кампанията чрез медийни партньорства. 2. Модул за мониторинг и оценка – прокси индикатори ○ Брой достигнати жени (reach), брой записани и проведени консултации (в рамките на кампанията), дял на насочени за допълнителна диагностика жени, анкети преди/след кампанията за оценка на въздействието. 3. Допълване на националното изследване ○ Планът предвижда провеждане на национално изследване за разпространението на факторите на риска за основните ХНБ. Предлагаме да се включи и кратък модул за менструално здраве, хронична тазова болка и обилно менструално кървене като индикативни симптоми, подпомагащи ранното насочване.		

	В Програмата е заложено, че управлението се осъществява от Национален програмен съвет, включващ представители на МЗ, НЦОЗА и НПО, което създава възможност пациентските организации да бъдат реален партньор при разработване и изпълнение на мерки. Фондация „Ендометриоза и репродуктивно здраве“ заявява готовност да бъде партньор на МЗ в разработването и пилотирането на посочените мерки. Ние имаме повече от 7 години опит в организирането на кампании за безплатни прегледи за жени с ендометриоза в страната, утвърдени партньорства с водещи медицински заведения, медии и силна общност от подкрепящи организации. Ако на този етап включването на ендометриозата и аденомиозата като приоритет в Националната програма 2026–2030 не бъде прието, бихме се радвали да си сътрудничим с МЗ за стартиране на процес за разработване на отделна програма за ендометриоза и аденомиоза, както и за други репродуктивни заболявания, като оставаме на разположение за съвместна работа, експертиза и изпълнение на нискобюджетни интервенции с ясно измерим ефект. Завършвам настоящото писмо с лично обръщение. Повече от 1 от 10 жени в България всеки месец изпитва непоносимо силни болки, които пречат на нормалния ѝ начин на живот. Неглижирането на тези симптоми, заради т.нар. “менструално табу” води до години на страдание, десетки посещения в различни лекарски кабинети, липса на отговори, а в един момент и до инфертилитет. Сухата статистика не може да отрази изживяванията на нашите майки, сестри, колежки и приятелки. Затова разчитаме на възможността за бъдещо сътрудничество. Защото нито една жена не заслужава да преминава през това сама.		
Българско детско респираторно дружество (БДРД) (Вх. № 26-00-252/22.01.2026г.)	Във връзка с публикувания проект за програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026-2030, специалистите детски пулмолози, членове на БДРД, считаме че е редно в тази програма да се включи и най-честото хронично белодробно заболяване при децата – бронхиалната астма, засягаща до 15% от детското население. Допълнително в тази програма според нас е удачно да се включи и заболяването муковисцидоза – като хронично инвалидизиращо заболяване, което благодарение на съвременните терапии е със значително удължена продължителност на живот и потенциално повишение на броя на възрастни полиморбидни пациенти.	Не се приема.	Националната програма е насочена към намаляване на здравните щети от основните поведенчески и средови рискови фактори (тютюнопушене, вредна употреба на алкохол, нездравословно

			хранене, ниска физическа активност) чрез мерки за първична превенция на популационно ниво. Това е в съответствие с препоръките на Европейския парламент и инициативата „По-здрави заедно“ (резолюция на Европейския парламент, 2022–2025, точки 38–45), както и с Глобалния план за действие на СЗО за незаразните болести 2013–2030 и актуализация 2024 г. Предложените дейности по астма и муковисцидоза (диагностика, клинично проследяване, терапевтични интервенции) попадат в обхвата на вторичната и третичната превенция и излизат извън предметния обхват на програмата. Рисковите фактори за тези заболявания се адресират индиректно чрез вече заложените приоритети.

проф. д-р Пенка Переновска perenovska@abv.bg (Вх. № 94-415/03.02.2026г.)	По данни на СЗО Хроничните незаразни болести (ХНБ) са причина за смъртта на 41 милиона души годишно, което съставлява 71% от всички смъртни случаи. Прогнозите за честотата и тежестта на ХНБ сочат негативна тенденция към нарастване. Към групата на хроничните незаразни болести СЗО включва основно болестите на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета, психичните болести, болестите на мускулно скелетната система и травмите, като особено внимание се отделя на първите четири групи болести, с които се свързват 80% от случаите на преждевременна смърт. Превантивните стратегии за контрол на ХНБ се основават на въздействие върху факторите на риска, водещи до възникването на тези болести. Формулирана е и Концепция за факторите на риска за здравето, която и днес е в основата на профилактиката на хроничните незаразни болести. Мониторингът на СЗО за напредъка срещу ХНБ през 2020 г. наблюдава 194 държави в света, по 10 индикатори за ХНБ. Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е четвъртата по честота причина за неблагоприятен изход в развитите страни. По данни на СЗО, ХОББ отнема живота на над 3 милиона души всяка година. Хроничната обструктивна белодробна болест е заболяване с все по - нарастваща социална значимост и, според прогнозата на СЗО, се очаква до 2030 г. да се превърне в третата водеща причина за смърт в световен мащаб. Официална статистика на Министерството на здравеопазването у нас сочи, че през 2018 г. между 5 и 10% от българите са с ХОББ, а едва 75 000 от тях се лекуват. През 2019 г. смъртността от ХОББ в страната е 18.5 на 100 000 души от населението. Бронхиалната астма е хетерогенно заболяване, характеризиращо се с хронично възпаление на дихателните пътища и респираторни симптоми : задух, кашлица, свирене и стягане в гърдите, вариращи по изява и интензитет във времето. Предразполагащите фактори за бронхиалната астма са: генетична предиспозиция, наличие на алергени, затлъстяване, прием на медикаменти (бетаблокери, нестероидни противовъзпалителни), силни емоции, физическо усилие и стрес, хормонален дисбаланс, някои храни и консерванти, гастроезофагеален рефлукс. Астмата е значително бреме за здравеопазването и здравните бюджети, причина за инвалидизиране сред възрастни и деца, високи нива на персистиращи	Не се приема	Предложението по същество съвпада с вече постъпило становище от „АстраЗенека България“ ЕООД, по което е формирано становище. Мотивите за неприемане са изложени в таблицата с предложенията и становищата по общественото обсъждане и се прилагат и за настоящото предложение.

	симптоми, нерегламентирани посещения при лекар (средно около пет за година), посещения на спешни звена при 1/3 от болните , ежегодно хоспитализация за астма при 30% от пациентите. Директните и индиректни разходи поради астма в света са по-големи от тези за HIV / AIDS и туберкулоза взети заедно. Тежката астма е вид астма, която не се повлиява добре от стандарта за лечение на астма. Наличието на тежка астма може да окаже голямо влияние върху ежедневието, засягайки ежедневните навици, работата и социалния живот. Може да засегне както деца, така и възрастни. Цялостното бреме на астмата е сумата от : данните от честотата на пристъпите, измерването на белодробната функция, амбулаторните консултации, хоспитализациите, лошото лечение и мениджмънт, смъртността , параметрите на качеството на живот, оценката на разходите за здравеопазване. Първичната профилактика има за цел да предотврати развитието на заболяването при здрави хора, а именно – да се наблюдават болните с алергичен ринит, атопичен дерматит, както и хората с фамилна анамнеза за астма , да се избягват професионални инхалаторни вредности, особено при пациенти с алергии , активно лечение на заболяванията на горните дихателни пътища , профилактика и лечение на вирусните и бактериални инфекции. Вторичната профилактика има за цел откриване на астмата в ранен стадий, контролирането и предотвратяване на прогресирането ѝ. Бронхиалната астма е най честото хронично заболяване на дихателната система в детска възраст. 15% от децата на света са с бронхиална астма! Диагностицирането на астмата при децата е много трудно. Програмата е според нуждите 0-8 години - трудности в обучението на децата, 8-13 години – по- точно изпълнение на лечебния план, 12-18 години – проблеми, свързани с пубертета (независимост и “бунт”) . Членовете на Експертния съвет по детска пневмология и фтизиатрия с пълно болшинство подкрепят включването на бронхиалната астма в Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести за периода 2026–2030г. Бронхиалната астма е най-честото хронично белодробно заболяване при децата и представлява значима здравна и социална тежест, което напълно обосновава мястото ѝ в подобна програма. Следва да се подчертае, че проявите на астма в ранна детска възраст са рисков фактор за развитие на хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) в зряла възраст. С оглед на гореизложеното считаме, че		

	включването на бронхиалната астма в Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026–2030 е напълно обосновано и съответства на добрата европейска практика. Относно добавянето на диагнозата муковисцидоза към Програмата, считаме, че това рядко, генетично обусловено заболяване, по своята същност не попада в класическата рамка на хроничните незаразни болести, предмет на програми за превенция. Според членовете на Експертния съвет по детска пневмология и фтизиатрия муковисцидозата стратегически трябва да бъде разглеждана в рамките на целенасочени програми за редки заболявания, а не в програми, фокусирани върху превенцията на масови хронични незаразни болести. В подкрепа на това е предстоящото въвеждане на неонатален скрининг за муковисцидоза, който представлява най-ефективната мярка за ранна диагностика, комплексна интердисциплинарна съвременна терапия и подобряване на прогнозата при това заболяване.		
Цветелина Милославова Председател на БА Лимфедем (Вх. № 15-00-26/09.02.2026г.)	Сдружение „Българска Асоциация Лимфедем“ изразява своята принципна подкрепа за Проекта на Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026-2030 г. (НППХНБ) и приветства поставените цели за намаляване на преждевременната смъртност и инвалидизацията. С настоящото становище обаче алармираме, че Програмата не адресира едно от най-тежките, инвалидизиращи и социално значими усложнения на приоритетните за Вас заболявания (злокачествени новообразувания, сърдечно-съдови болести и затлъстяване) – Лимфедем (Хроничен лимфен оток).На база на експертен анализ и данни от международното проучване LIMPRINT и НСИ, в България има минимум 115 872 пациенти с лимфедем. Липсата на превенция и ранна диагностика при тях води до драстичен ръст на усложненията, които натоварват бюджета на НЗОК и социалната система. Настояваме за включване на конкретни мерки за превенция на лимфедем в Плана за действие към Програмата, мотивирани от следните факти и връзки с приоритетите на НППХНБ: Връзка с Приоритет „Злокачествени новообразувания“ Програмата цели подобряване качеството на живот на онкоболните и намаляване на инвалидността. ● Фактите: В България има над 52 000 пациенти с вторичен лимфедем след лечение на рак.	Не се приема	Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2026–2030 г. е стратегически документ, насочен към ограничаване на здравните щети от основните поведенчески и средови рискови фактори (тютюнопушене, вредна употреба на алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност) чрез мерки за първична превенция на популационно ниво. Основната ѝ цел е намаляване на

	● Това не са само жени с рак на гърдата (16.38% от засегнатите). Огромна група са пациентите с гинекологични тумори и рак на простатата. ● Проблемът: Липсата на превенция при тези групи води до тежка инвалидизация на долните крайници, което компрометира успеха от онкологичното лечение и качеството на живот. 2. Връзка с Приоритет „Сърдечно-съдови заболявания“ и „Затлъстяване“ Програмата правилно идентифицира затлъстяването като ключов рисков фактор. ● Фактите: Най-голямата група пациенти с лимфедем у нас – над 55 600 души (48%) – са с неонкологичен произход. Това са хора с усложнена хронична венозна недостатъчност, сърдечна недостатъчност и тежко затлъстяване. ● Затлъстяването е пряк причинител и утежняващ фактор за лимфедема. Мерките за физическа активност в Програмата са трудно приложими за тези пациенти без предварителна деконгестивна терапия. 3. Икономическа обосновка (Намаляване на хоспитализациите) Липсата на амбулаторна профилактика в момента генерира скъпо болнично лечение. ● Данните: Анализът на данните от НЗОК показва тревожна тенденция: хоспитализациите за диагнози Еризипел (А46) и Целулит (L03) – най-честите инфекциозни усложнения на нелекувания лимфедем – са нараснали от 2500 на 3900 случая годишно в периода 2021–2024 г. ● Това е директен разход за системата, който може да бъде предотвратен чрез мерките за ранна диагностика и контрол, заложени в НППХНБ НАШИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ: За да бъде Програмата работещ инструмент, настояваме в Плана за действие да залегнат следните конкретни мерки: 1. Включване в Плана за действие: Дейностите за ранно откриване и превенция на лимфедем да бъдат разписани в Годишните планове за действие към Програмата, като неразделна част от грижата за онкоболни и пациенти със ССЗ. 2. Създаване на Регистър и статистика: Програмата да заложи като цел въвеждането на регистрация на случаите на лимфедем в рамките на НЗИС, за да се гарантира измеримост на резултатите. 3. Оптимизиране на регулаторната рамка: Програмата да инициира промени в Наредба № 7 и реимбурсационната политика, насочени към:		преждевременната смъртност и инвалидизацията чрез въздействие върху рисковите фактори, общи за водещите хронични незаразни заболявания. Този подход е в съответствие с европейските стратегически документи, включително инициативата „По-здрави заедно“ (2022–2025), както и с Глобалния план за действие на СЗО за превенция и контрол на незаразните болести 2013–2030 г. и неговата актуализация от 2024 г., които приоритизират популационните политики за ограничаване на модифицируемите рискови фактори. Предложените мерки, свързани с ранна диагностика, регистриране, клинично проследяване,

	○ Обособяване на самостоятелна група за лимфедем (отделна от гръдните протези); ○ Въвеждане на специфични кодове за високотехнологични медицински изделия; ○ Въвеждане на изискване за RAL сертификация (стандарт за качество) за заплащаните с публични средства изделия, с цел повишаване на ефикасността на разходите. 4. Актуализация на Медицинските стандарти: Налагане на мултидисциплинарен подход при лечението, включващ Комплексна Деконгестивна Терапия (CDT). 5. Обучение: Включване на специализирани модули за ранна диагностика и лечение на лимфедем в плановете за обучение на медицински специалисти, финансирани по Програмата. 6. Институционално партньорство: На основание т. 10 от Програмата ("Управление на Програмата"), заявяваме желание Сдружение „Българска Асоциация Лимфедем“ да бъде включено като представител на НПО сектора в Националния програмен съвет. Настояваме тези корекции да бъдат отразени, за да се гарантира, че Програмата ще изпълни със съдържание целта си за „подобряване качеството на живот“ на над 115 000 български граждани		терапевтични интервенции, регулаторни промени в областта на медицинските изделия, реимбурсационната политика и въвеждане на специфични стандарти за лечение на лимфедем, попадат в обхвата на вторичната и третичната превенция, както и в сферата на лечебната и рехабилитационната дейност. Те излизат извън предметния обхват и целите на настоящата програма, която не регулира организацията на клиничното лечение, медицинските стандарти, реимбурсационните механизми и нормативната рамка в областта на медицинските изделия. Рисковите фактори, свързани със сърдечно-съдовите заболявания, затлъстяването и онкологичните заболявания, които

			имат отношение към развитието на лимфедем, се адресират индиректно чрез вече заложените стратегически приоритети и мерки в програмата, насочени към здравословно хранене, повишаване на физическата активност и контрол на основните поведенчески рискове.

X

Д-Р НИКОЛАЙ ВЪЛОВ

Заместник-министър на здравеопазването