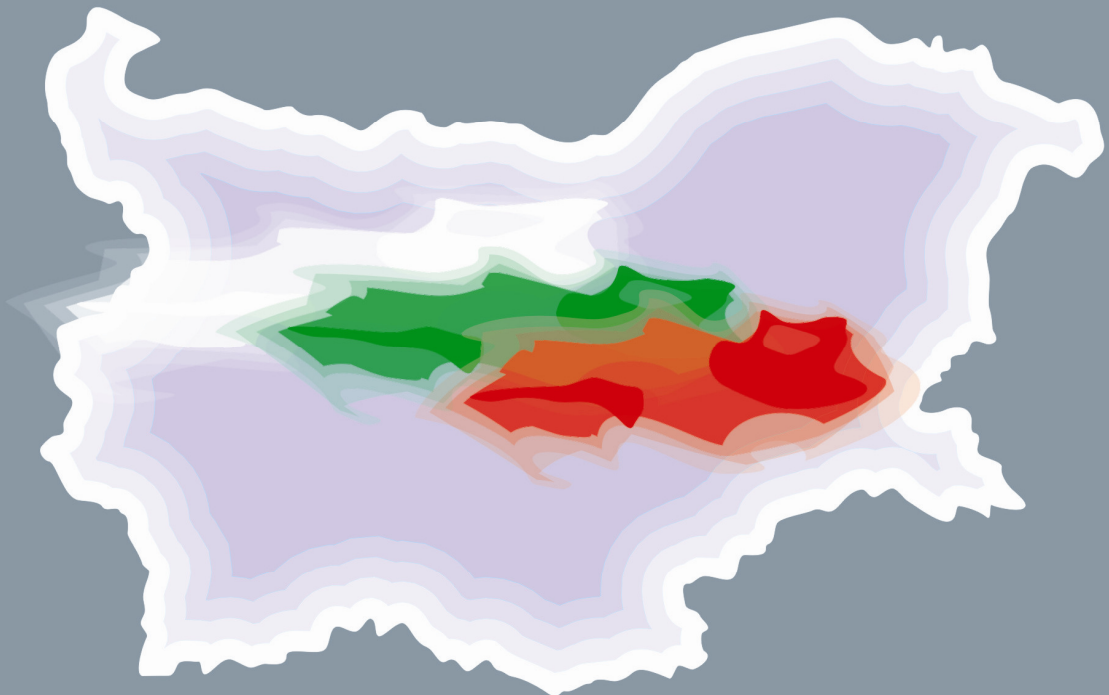




РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МИНИСТЕРСТВО
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДОКЛАД
ЗА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЈАТА
през 2008 г.



София, 2009

**ГОДИШЕН ДОКЛАД
НА
МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

д-р Божидар Нанев

ЗДРАВЕТО НА НАЦИЈАТА ПРЕЗ 2008 Г.

София, 2009

НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ

ЕКСПЕРТНА РАБОТНА ГРУПА:

Ст.н.с. Стефка Петрова, дм
Ст.н.с. Татяна Иванова, дм
Д-р Христо Хинков
Ст.н.с. Жана Големанова, дм
Ст.н.с. Божидар Тулевски, дм
Д-р Милка Ганова
Ст.н.с. Наташка Данова, дм
Мина Попова
Ст.н.с. Никола Василевски, дм

Докладът е съставен с любезното съдействие и предоставена информация по отделните раздели от сътрудници на НЦООЗ: ст.н.с. Емилия Иванович, дмн; ст.н.с. Цветана Попиванова, дмн; ст.н.с. Стоянка Узунова, дмн; ст.н.с. Мария Чучкова, дмн; ст.н.с. Росица Еникова, дм; ст.н.с. Пламен Димитров, дм; ст.н.с. Запрян Запрянков, дм; ст.н.с. Бенчо Бенчев, дм; ст.н.с. Констанца Ангелова, дм; ст.н.с. Веселка Дулева, дм; ст.н.с. Теменужка Антова, дм; ст.н.с. Галина Гопина, дм; ст.н.с. Мишел Израел, дм; ст.н.с. Галя Цолова, дм; н.с. Илиана Янева, дм; Анина Чилева; Михаил Околийски, дп; н.с. Цвета Георгиева, дм.

Принос с материали и предоставена информация имат и д-р Ангел Кунчев-МЗ; доц. Мира Кожухарова – НЦЗПБ и Веска Събева – представител на организация на пациентите.

БЛАГОДАРНОСТ

Министърът на здравеопазването д-р Божидар Нанев изказва благодарност на сътрудниците на Министерството на здравеопазването, НЦООЗ, НЦЗИ, НЦЗПБ, НЦРРЗ, Националния център по наркомании, НСИ за техния принос при подготовката на доклада.

СЪДЪРЖАНИЕ

СЪКРАЩЕНИЯ	6
РЕЗЮМЕ	8
ВЪВЕДЕНИЕ	19
ПЪРВИ РАЗДЕЛ: ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО	21
1. ОСНОВНИ ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ	21
2. ЗДРАВЕ НА ОТДЕЛНИ ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО	26
2.1. Здраве на децата	26
2.1.1. Здравно състояние на деца 0-3 г. и 4-6 г.	26
2.1.2. Здравно състояние на деца 7-18 г.	27
2.2. Психично здраве	28
2.3. Здраве на работещото население	29
3. ИНВАЛИДНОСТ	32
4. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО	33
4.1. Социално-икономически детерминанти	33
4.1.1. Доходи и разходи на населението	33
4.1.2. Заетост на населението	34
4.1.3. Образование	35
4.2. Рискови фактори	36
4.2.1. Тютюнопушене	36
4.2.2. Хранене	37
4.2.3. Злоупотреба с алкохол	40
4.2.4. Вредна употреба на наркотични вещества	41
4.2.5. Ниска физическа активност	42
4.2.6. Рисково сексуално поведение	42
4.2.7. Артериална хипертония	42
4.2.8. Повишено серумно ниво на холестерола	43
4.2.9. Диабет	43
ВТОРИ РАЗДЕЛ: ЦЕНАТА НА ЗДРАВЕТО	44
1. РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	44
2. ОТКЪДЕ ИДВАТ ПАРИТЕ?	45
3. ЗА КАКВО СЕ ХАРЧАТ ПАРИТЕ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ?	48
4. ПРОБЛЕМИ В СИСТЕМАТА НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	51
ТРЕТИ РАЗДЕЛ: ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ОБЩЕСТВЕНИ И ИНДИВИДУАЛНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ - ДОСТЪП, КАЧЕСТВО И ЕФЕКТИВНОСТ	53
1. ОБЩЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ – ЗАЩИТА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО, ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ	53
1.1. Защита и опазване на здравето на населението	53
1.1.1. Околна среда и здраве	53
1.1.1.1. Атмосферен въздух	53
1.1.1.2. Питейни води	53
1.1.1.3. Шум	55
1.1.1.4. Козметични продукти	56
1.1.1.5. Нейонизиращи лъчения	57
1.1.1.6. Йонизиращи лъчения	58
1.1.1.7. Безопасност на храните	59
1.1.1.8. Трудова среда и здраве	63
1.1.2. Международни здравни правила	65
1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите	65
2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ	72
2.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана)	72
2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)	74
2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)	77
2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ)	79
2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности	79
2.2. Болнична медицинска помощ	80
2.3. Спешна медицинска помощ	86

<i>2.4. Неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве.....</i>	<i>88</i>
ЧЕТВЪРТИ РАЗДЕЛ: УПРАВЛЕНИЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	90
ПЕТИ РАЗДЕЛ: ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ	96
ШЕСТИ РАЗДЕЛ: ВЪНШНА ОЦЕНКА НА СИСТЕМАТА.....	101
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	107
ПРИЛОЖЕНИЯ	115

СЪКРАЩЕНИЯ

БВП	Брутен вътрешен продукт
БДС	Болести на дихателната система
БП	Болнична помощ
ВСД	Високоспециализирани дейности
ГМХ	Генетично модифицирани храни
ДЗОД	Доброволни здравноосигурителни дружества
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЕИП	Европейско икономическо пространство
ЕМП	Електромагнитни полета
ЕПИБУЛ	Епидемиологични проучвания и изследвания в Р. България
ЗБР	Здраве и безопасност при работа
ЗБНЗОК	Закон за бюджета на здравноосигурителната каса
ЗБУТ	Закон за безопасни условия на труд
ЗЗО	Закон за здравето осигуряване
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурени лица
ЗН	Злокачествени новообразувания
ИБС	Исхемична болест на сърцето
ИЗП	Индекс на здравните потребители
ИЙЛ	Източници на йонизиращи лъчения
ИТМ	Индекс на телесна маса
КП	Клинична пътека
ЛЗ	Лечебно заведение
ЛЗБП	Лечебно заведение за болнична помощ
ЛКК	Лекарска консултативна комисия
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МДД	Медико-диагностични дейности
МДИ	Медико-диагностични изследвания
МДЛ	Медико-диагностична лаборатория
МЗ	Министерство на здравеопазването
МЗП	Министерство на земеделието и продоволствието
МЗП	Международни здравни правила
МОТ	Международна организация на труда
МОМН	Министерство на образованието, младежта и науката
МПС	Моторно превозно средство
МСБ	Мозъчносъдова болест
МСЦ	Медико-стоматологичен център
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЗС	Национални здравни сметки
НЙЛ	Нейонизиращи лъчения
НМКЦ	Национален медицински координационен център
НРД	Национален рамков договор
НСБХ	Национален съвет по безопасност на храните към МС
НСЗБР	Национална система за здраве и безопасност при работа
НСИ	Национален статистически институт
НСОПЛБ	Национално сдружение на общопрактикуващите лекари
НСУТ	Национален съвет по условията на труд
НЦЗИ	Национален център по здравна информация
НЦООЗ	Национален център по опазване на общественото здраве
НЦРРЗ	Национален център по радиобиология и радиационна защита
НЦЗПБ	Национален център по заразни и паразитни болести
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПДК	Пределно допустима концентрация
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПКСС	Правила за координация на системите за социална сигурност
ПТП	Пътнотранспортно произшествие
РАПЕКС	Европейска система за бързо съобщаване за наличие на пазара на опасни стоки

РС	Регулативни стандарти
РКЦ	Регионални координационни центрове
РЦЗ	Регионални центрове по здравеопазване
СБАЛ	Специализирана болница за активно лечение
СЗО	Световна здравна организация
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
СИНДИ	Национална интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести
СМН	Специализиран медицински надзор
СМП	Спешна медицинска помощ
СНМП	Спешна и неотложна медицинска помощ
СО	Спешно отделение
СПО	Спешно приемно отделение
ССЗ	Сърдечносъдови заболявания
СТМ	Служби по трудова медицина
СЦ	Стоматологичен център
ТЗ	Трудови злополуки
ТМО	Трудово медицинско обслужване
УТ	Условия на труд
ФР	Фактори на риска
ХНБ	Хронични неинфекциозни болести
ЦСМП	Центрове за спешна медицинска помощ
EFSA	Европейски орган по безопасност на храните

РЕЗЮМЕ (ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ И НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ)

I. Основни проблеми и насоки за развитие в областта на общественото здраве

1. Проблеми

Като цяло демографските процеси в нашата страна се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и неговото застаряване. Отчита се и неблагоприятна тенденция по отношение на *работната сила* - абсолютният брой намалява при значително увеличаване на относителния дял на застаряващите работещи.

През периода 2006-2008 г. се отбелязва леко нарастване на *средната продължителност на живота*, но тя остава с 6 години по-ниска от тази в ЕС. *Раждаемостта* бележи лека тенденция към увеличаване и това я прави близка до средната в ЕС. Продължава установената след 1992 г. тенденция за повишаване стойността на *тоталния коефициент на плодовитост*. Нарастващото през последните две десетилетия ниво на *смъртност* бележи слабо понижение през 2008 г., но въпреки това България продължава да е страната с един от най-високите показатели за смъртност в ЕС и *най-нисък естествен прираст* (- 4.3‰).

В структурата на смъртността по причини традиционно продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията като сред тях с най-висок дял са представени мозъчносъдовата и исхемичната болест на сърцето (съответно 31.4% и 20.2%). Сравнението с другите европейски страни показва, че въпреки намаленото ниво на смъртността от болести на органите на кръвообращението, стандартизиращият показател остава значително по-висок от този в ЕС, а при злокачествени новообразувания - се отчита и неговото увеличаване.

Положителен факт е снижаването на нивото на *детската* и на *ранната неонатална смъртност*, която достига най-ниската си стойност. В същото време се отчита високо ниво на перинаталната смъртност. Неблагоприятни в сравнение с ЕС са данните и за *мъртвораждаемостта* (7.3‰ за 2008 г.). Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи вътреутробна смърт на плода. През 2008 г. делът на живородените недоносени е 7.7% и е значително намален спрямо предходната година (8.3%). Ражданията на недоносени деца са значително по-чести сред социално слабите слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години).

Независимо от положителната тенденция на снижаване, показателят за детска смъртност все още продължава да е по-висок от този в други европейски страни (4.6‰).

Официалната статистика в страната предоставя информация за регистрираните заболявания: заразни, психични, предавани по полов път, туберкулоза, злокачествени новообразувания, както и водещите до временна, трайна неработоспособност и хоспитализации. От 2000 г. не се публикуват данни за регистрираната заболеваемост по обращаемостта поради промяната в първичната регистрационна документация и начина на отчитане след въвеждането на системата на НЗОК. Отсъствието на такава информация значително затруднява провеждането на анализ нивото, структурата и тенденциите в разпространението на социално-значимите заболявания.

По отношение на онкологичните заболявания (за които има изчерпателни данни) може да се отчете, че през 2008 г. нарастват болестността и заболеваемостта от злокачествени новообразувания (съответно 3 437.6 и 426.0‰₀₀₀). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 156.6‰₀₀₀) и рак на женските

полови органи (1007.2‰), а на заболяемостта – от рак на храносмилателните органи (106.6‰), рак на млечната жлеза при жените (89.2‰) и рак на женските полови органи (83.0‰).

Редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, полиомиелит, малария, коремен тиф, морбили и др. Намалена е заболяемостта от туберкулоза (съответно 119.7 и 38.5‰). Продължава тенденцията на намаление на заболяемостта от сифилис (5.8‰), докато заболяемостта от гонорея, микроспория и трихофития нараства.

В резултат на устойчиво високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В (наред с другите последователно провеждани комплексни превантивни мерки) е постигнато рязко снижаване на заболяемостта от вирусен хепатит В при децата до 14 години.

Сред причините за хоспитализация водещи са три класа болести: на органите на кръвообращението, факторите, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните заведения и болести на дихателната система. Те обуславят общо 40.2% от хоспитализациите.

Данните от репрезентативно изследване на психичното здраве сред населението показват, че 11.2% от отговорилите на въпросите са преживели психично разстройство през изтеклите 12 месеца преди интервюто, а 22% са имали такова през живота си. Разпознаването на *психичното здраве* като приоритет все още е на формално ниво. Липсват задоволителна категоризация и профилиране на услугите, обособени програми от грижи с указани критерии за прием и изписване и с изчислен капацитет. Това затруднява остойността, планирането и управлението на грижите.

Заболеваемостта сред децата на възраст 0-3 г. е сравнително висока. Данните за *физическото развитие* на децата от 4-6 години показват, че при около 90.0% от тях то е в границите на нормата. Децата с акселерация са 2 пъти повече от тези с изоставане във физическото развитие, но 11% са със снижена физическа дееспособност. Антропометричните измервания и профилактичните медицински прегледи сред децата от 7 до 18 г. показват положителна тенденция в ръста, но неблагоприятни промени в показателите на гръдната обиколка. Тревожен е фактът, че като цяло се регистрира снижаване нивото на физическата дееспособност сред децата.

През 2008 г. са станали общо 3 732 *трудови злополуки*, от които 161 са със смъртен изход, а 31 – с инвалидизация. Загубените календарни дни са 193 901. Следва да се отбележи, че общият брой на трудовите злополуки и на изгубените календарни дни съществено намаляват, но е особено тревожно увеличаването на трудовите злополуки със смъртен изход. Увеличаването им свидетелства за ниско ниво на култура за превенция и на знания за здраве и безопасност при работа, недостатъчност на трудово-медицинското обслужване от Службите по трудова медицина, неефективен контрол на дейностите по здраве и безопасност при работа.

Важно значение сред детерминатите на здравето имат социално-икономическите показатели. *Реалните доходи* на населението продължават да бъдат ниски при неблагоприятна структура – нисък дял на доходите от предприемачество, от недвижимо имущество (земя, жилища и др.) и голям дял на доходите в натура от домашното стопанство.

Тенденцията за намаляване на *безработицата* у нас се запазва и през 2008 г., като се наблюдава нарастване на заетостта на лицата над 55-годишна възраст.

Основните проблеми в *образованието, свързани с бедността и социалната изолация*, са: напускане на училище преди нормативните възрастови граници за задължително образование, затруднен достъп до задължително образование на децата от

бедни семейства, на децата от малки села и от ромската етническа група и закриване на училищата в малките селища.

Очертаната картина на неблагоприятно ниво на общественото здраве се дължи освен на посочените социално-икономически детерминанти, но и на факта, че населението на страната е “натоварено” с множество *фактори на риска* за здравето. Резултатите от редица изследвания дават възможност да се счита, че в страната има: към 3 милиона пушачи; над 3 милиона мъже и жени с наднормено тегло; над 300 000 души зависими от алкохола; поне 345 000-360 000 български граждани от 15 до 60 години с минимум една употреба на наркотик през живота; 2/3 от населението е с ниска двигателна активност; има над 2 млн. хипертоници. Голям проблем е тютюнопушенето в младата възраст. Проучване през 2008 г. сред ученици на възраст 13-15 г. установява, че настоящи пушачи са 28.2%. Първата си цигара в 21.2% от случаите децата са запалили преди да навършат 10 години.

Почти всеки пети пушач от възрастните е с хипертония, над половината от тях са с наднормено тегло и близо 1/3 - със затлъстяване, а 40.0% са с ниска двигателна активност.

На базата на ежегодните проучвания на бюджетите на домакинствата, се установяват следните *тенденции в хранителната консумация на населението*: намалява консумацията на мляко и млечни продукти; запазва се ниско потреблението на риба, но се повишава потреблението на месо и месни продукти; намалява консумацията на бобови храни; средният дневен прием на плодове и зеленчуци се запазва нисък и е значително под препоръчаните 500 г на ден, въпреки тенденцията за леко повишение; повишава се консумацията на безалкохолни напитки, съдържащи захар.

Националните проучвания на *храненето* на населението показват показват *нездравословни характеристики* като висок прием общо на мазнини и на наситени мастни киселини, висока консумация на натрий, нисък прием на минералите калций и желязо, и на витамин а фолат.

Нездравословният начин на живот води до заболявания с хроничен характер, формиращи основното болестно бреме за обществото с огромни биологични, трудови, финансови и други загуби.

2. Насоки за развитие

Здравното състояние на населението е многофакторно обусловено. От една страна, то зависи от подобряването на благосъстоянието на населението и повишаването на здравната му култура с оглед възможности за здравословен избор, от друга - от състоянието на здравната система и от успешното междусекторно сътрудничество. Съществено значение има и степента на икономически растеж на страната.

Това определя необходимостта от провеждането на задълбочени анализи на заболеваемостта и смъртността, на основните детерминанти на здравето и социалното неравенство на базата на качествени статистически данни, които в момента не са налице.

Основните приоритети на бъдещата дейност за подобряване на здравното състояние на населението следва да бъдат насочени към повлияването на детерминатите на здравето, а не към повлияване на отделно взето заболяване или група заболявания. Така например повлияването на проблема със сърдечно-съдовите заболявания следва да бъде осъществено на базата на промяна на поведенческите фактори, осигуряване на достъп до своевременно и качествена медицинска помощ, навременна диагностика и лечение и адекватна рехабилитация.

По отношение на детското здраве са необходими и специфични мерки, насочени към: актуализация на нормативната база и ефективен контрол на профилактичните прегледи; утвърждаване статута на училищните лекари с оглед осъществяване на

промоция и профилактика, ранна диагностика на хроничните заболявания и непосредствен контрол върху здравето; въвеждане на задължително здравно образование още в детската градина; възстановяване на системата за професионално ориентиране на хронично болни ученици, на ученическите столове при спазване изискванията за здравословно хранене; тясно сътрудничество между личните и училищните лекари; разширяване на обхвата на детското население, включено в национални и европейски програми, гарантиращи добро здраве и др. Необходимо е разработването на Национална стратегия за подобряване на детското здраве с акцент върху промоция на здравето и профилактика на болестите.

Във връзка с подобряване на психичното здраве е необходимо да бъдат предприети мерки за: интензифициране на процеса на деинституционализация и развитие на психичноздравните услуги в общността; реално ангажиране на управленските институции в изпълнение на приетия План за действие към Политиката за психично здраве; създаване на система за мониторинг на дейността на службите за психично здраве; въвеждане на система за обучение за справяне със стреса на работното място и създаване на програми за обучение по проблемите на стреса в училищата и висшите учебни заведения; популяризиране на дейността на психичноздравните служби, борба със стигмата и дискриминацията; подобряване на финансирането на амбулаторната и стационарната психиатрична помощ; привличане и усвояване на европейските фондове за развиване на инфраструктури и технологии за новата, базирана в общността, психиатрия и за обновяване на институционалната материална база и практика; подобряване на квалификацията на специалистите за работа с тежките психични разстройства в общността.

II. Основни проблеми и насоки за развитие в областта на финансирането на здравеопазването

1. Проблеми

Общественият ресурс, отделян за здравеопазването през 2008 г., е ограничен и не се изразходва ефективно. До голяма степен, по-голяма част от него се разпределя за финансиране на високотехнологичното и скъпоструващо болнично лечение, въпреки че то се характеризира с постоянна задължнялост през последните години. За анализирания период е налице тенденция на запазване на равнището на просрочените задължения на лечебните заведения – търговски дружества, субсидирани чрез бюджета на МЗ. По отчет тези задължения възлизат на 33.6 млн. лв. през 2008 г. при 32.2 млн. лв. в края на 2007 г.

По-малко са средствата, отделяни за дейности в извънболничната помощ и особено за промоция на здраве и профилактика на болестите. Ограничени са и финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи в здравната система, като сгради, оборудване, инфраструктура. Остарялата материално-техническа база на държавните и общинските здравни и лечебни заведения също изисква значителен финансов ресурс за поддържане и модернизиране. Не е разработен модел за ясен и мотивиран начин за финансиране на спешната медицинска помощ.

И през 2008 г. се отчетат проблеми със събираемостта на здравноосигурителните вноски. Немалка част от населението продължава да е здравнонеосигурено (към 31 декември 2008 г. 965 хиляди души). Ниският размер на публичните разходи за здравеопазване, които се отделят от БВП, води до увеличаване на директните плащания от страна на пациентите в момента на потребяване на здравната услуга. По този начин, към официалните 4.2% за здравеопазване от БВП се добавят допълнително заплачените от населението неофициални средства. Според експерти, това води до увеличаване на здравните разходи до 7.7% от БВП, което означава, че значителна част от насочения към

системата финансов ресурс не може да бъде обхванат от официалната статистика и не позволява да се определят с по-голяма точност действителните здравни разходи. Все още е незначителна ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги.

На този етап здравеопазването у нас не е в състояние да отговори на предизвикателства като застаряване на населението, непрекъснато развитие на медицинските технологии, повишаващите се изисквания на населението за качествен живот, а оттам и за качествено лечение.

2. Насоки за развитие

Най-лесният начин да се преодолеят ограниченията в достъпа до здравни услуги е значителното увеличаване на финансирането на здравеопазването спрямо предходните години както като процент от БВП, така и като размер на здравноосигурителната вноска, за чието нарастване обаче, трябва да се вземе под внимание общото данъчно бреме върху заплатите, създавано от здравноосигурителните вноски, пенсионното осигуряване, осигуряването срещу безработица.

Тези мерки няма да доведат до желанния ефект, ако не се извършат промени в сектора, като например подобряване на управлението на системата, които да доведат до ефективно изразходване на средствата.

Други насоки за решаване на проблемите в областта на финансирането на здравната ни система могат да бъдат:

- ✓ Идентифициране на приоритетните области в здравеопазването и разработване на финансови стратегии, насочени към изпълнение на тези приоритети.

- ✓ Преработване на основния пакет от здравни услуги, които да бъдат достъпни за цялото население и финансирани с публични средства. Задълбочен анализ на финансовите възможности на НЗОК би подпомогнал тази преработка. Така би се коригирал дисбалансът между обемния пакет и ограничения бюджет, което води до ниски „цени на касата” и създава условия за нерегламентирани плащания. От друга страна, такова „ограничаване” на основния пакет ще отвори пазар за включване на частните здравноосигурителни фондове чрез извършване на съответните законодателни промени и въвеждане на данъчни облекчения върху вноските за доброволно здравно осигуряване на физическите лица и работодателите. Така ще се подпомогне разпределянето на финансовата тежест между повече купувачи на здравни услуги.

- ✓ Въвеждане на критерии за установяване на баланс между броя на договорните партньори и финансовите възможности на НЗОК.

- ✓ Разработване, утвърждаване и използване на индикатори за оценка на ефективността на изразходване на финансовите средства за различните здравни интервенции.

- ✓ Въвеждане на системата на национални здравни сметки за по-добра отчетност и контрол на разходите за здравеопазване.

- ✓ Създаване на условия за разширяване на участието на неправителствените организации в дейностите по реализиране на здравната политика.

- ✓ В бюджета за здравеопазване да се предвидят средства за развитие на научните изследвания.

- ✓ Преструктуриране на болничната мрежа чрез оптимизиране на лечебните структури, концентрация и пребазиране на отделения и клиники, както и функционално, организационно и правно преобразуване на някои болнични структури.

- ✓ Въвеждане на грантов принцип за разпределяне на финансовите ресурси по националните програми, съобразно технологичната и професионалната готовност на

лечебните заведения за изпълнението на заложените в програмите цели и задачи, и потребностите от болнични ресурси по региони и социални групи на населението.

✓ Въвеждане на пазарно ориентирани модели за финансиране на инвестиционните проекти в здравеопазването със създаване на фонд за възмездно финансиране на част от инвестиционните потребности на болниците; създаване на схеми за съвместно финансиране на проекти от МЗ, лечебните заведения и университетските и регионалните общности; използване на методите на приватизация за оптимизиране на болничните структури и привличане на външни инвестиционни ресурси.

✓ Въвеждане на надеждна система за мониторинг и контрол на качеството на медицинските услуги и за оценка на отговорността на изпълнителите.

✓ Разработване и регламентиране на обучителни програми в областта на болничното управление, икономическите анализи, маркетинга и информационното осигуряване.

III. Основни проблеми и насоки в предоставянето на обществените и индивидуалните здравни услуги

1. Основни проблеми

Въпреки наблюдаваната положителна тенденция към намаляване на вредните атмосферни емисии и подобряване качеството на *въздуха*, все още съществуват райони с екологични проблеми, в които концентрациите на атмосферните замърсители периодично превишават възприетите като “безопасни” нива и създават потенциален риск за здравето на експонираното население.

Опазването на водоизточниците от замърсяване и подготовката на *водата* за населените места не съответства на съвременното разбиране за добра производствена практика на водоснабдителите, свързано със значителни опасности от хигиенно-епидемичен характер. Липсва интегриран европейски подход, изискващ колаборация на различни структури за гарантиране правото на постоянен достъп до безопасна и чиста питейна вода във всички домакинства.

Водещи причини за подчертаната тенденция към влошаване на *акустичната обстановка в градовете* са: непрекъснато нарастващият брой на МПС при зле поддържана пътна инфраструктура, недостатъчният контрол, недобрата организация на движението, неадекватните градоустройствени решения, вкл. недостатъчното озеленяване и др.

Недостатъчната междусекторна колаборация в национален план в областта на безопасността на храните и недостатъчното оборудване на специализираните лаборатории с лабораторна техника се отразява неблагоприятно върху осигуряването на *здравословни храни* за населението. Определени задължения имат всички участници в хранителната верига, като основната и първостепенна отговорност е на производителите. Наблюдава се повишена обществена чувствителност към генетично модифицирани организми в храни, поради липса на достатъчна информация.

Резултатите от контролната дейност по осигуряването на *здравословни и безопасни условия на труд* показват частично или формално изпълнение на закона както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина, недостатъчни знания на специалистите от СТМ и от контролните органи, отсъствие на превантивна култура у работещите, влошават се демографските и здравните показатели на работещото население; предоставяното ТМО не отговаря на европейските изисквания и препоръките на СЗО; ограничен е достъпът на голяма част от работещото население до качествени трудово-медицински услуги; неудовлетвореност на работодателите и работещите от нивото и качеството на ТМО.

В областта на *промоцията на здравето и профилактиката на болестите* МЗ финансира през 2008 г. 24 програми и стратегии. Финансови средства се предоставят предимно за програми с терапевтичен характер и за инфекциозни болести, които минават под логото на “ профилактични”. Въпреки големия им брой, резултатите от тях са незадоволителни. При разработването на повечето програми липсват заложен механизми за мониторинг и оценка. Недостатъчно е и участието на обществените структури на национално и локално ниво. Реализирането на програмите остава все още като основен ангажимент на МЗ.

По отношение на *индивидуалните медицински услуги* следва да се отбележи, че достъпът до първична и специализирана извънболнична помощ е затруднен. Практиките от извънболничната помощ, особено специализираните, са концентрирани в по-големите населени места и общинските центрове. Съществуват редица селища без разкрити практики от първичната помощ, като същевременно продължава да намалява броят на ОПЛ, сключили договор с НЗОК. Продължава заплащането на специалистите на база „пакет дейности”, което води до свръхпредлагане на някои услуги. Финансовите стимули са насочени предимно към диагностично-лечебните дейности, като промотивните и профилактичните са на втори план. Продължават да доминират индивидуалните форми на амбулаторни практики. Нормативната база, регулираща достъпа до специалист, не е променена през последните години. Липсват ясни критерии за мониториране качеството на услугите в извънболничната помощ.

Все още не е направена оценка и реструктуриране на *болничната мрежа*. Продължава съществуването на „недофинансирани” и „добре финансирани” клинични пътеки, както и на липса на инструментариум, отчитащ тежестта и сложността на болничните случаи. Регистрират се нови, специализирани, предимно с частна форма на собственост, болнични заведения, без да е направена предварителна оценка за реалната необходимост от тях. Все още е чувствителен недостигът от профилирани лечебни заведения за пациенти със завършило активно лечение (за долекуване и рехабилитация и др.).

Системата на *спешната медицинска помощ* функционира на две нива: самостоятелни центрове за спешна медицинска помощ в областните градове (ЦСМП) и Спешни отделения (СО) към областните МБАЛ. Дейността на системата продължава да се затруднява поради редица причини, по-важните от които са: обслужване на голям брой лица без индикации за спешност, най-често неполучили помощ от личните си лекари или без здравно осигуряване; нерешени въпроси с финансирането на дейността на СО, което нарушава бюджетите на съответните болници; неясно диференцирани функции между ЦСМП и СО; недостиг и текучество на медицинския (основно лекари) персонал в ЦСМП, главно поради ниското заплащане, трудните условия на работа и ограничените възможности за професионално развитие; пропуски в работата на информационно-координационните централи, което води до закъснения и конфликти с гражданите; недостатъчна, а в някои случаи и разминаваща се информация за дейността на СМП от различни институции; недобра интеграция вътре в системата на СМП и нейното взаимодействие с другите структури на здравеопазването; липса на собствен въздушен транспорт за пациенти със спешни състояния, ангажиране с неспецифични транспортни и дейности и др.

Липсва ясна политика за бъдещото развитие и използване на *неконвенционалните методи* за въздействие на индивидуалното здраве. Недостатъчни са разяснителните мероприятия сред населението за предимствата и недостатъците на този вид лечение. Липсва достатъчно строг контрол върху предлаганите услуги и тяхната квалификация. Не е въведена задължителна регистрация на всички, практикуващи неконвенционални методи на лечение, както и не са разработени ясни критерии за оценка на дейността им.

2. Насоки за развитие

Дейностите във връзка с осигуряването на здравословна околна среда имат за цел да намалят до минимум риска за здравето на населението, предизвикан от въздействието на факторите на околната среда. Това изисква: определяне на проблемните райони и намаляване на експозицията със замърсители на околната среда; възприемане на устойчив модел на потребление и подпомагане създаването на здравословна селищна среда; повишаване на информацията за населението по отношение рисковете за здравето и начините за намаляване на индивидуалната експозиция; осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд чрез разработване на Национален план за действие за здраве на работещите; изграждане на съответния кадрови потенциал и засилване на междусекторното сътрудничество.

Основен приоритет в областта на питейните води е постигането на пълноценно и ефективно прилагане на хармонизираната нормативна база в тясна колаборация с МРРБ и МОСВ.

В областта на безопасността на храните е необходимо подобряване ефективността на контрола, оценката на риска, свързан със замърсители и добавки в храните, изграждане съвместно с МЗХ на национална “Агенция по храните”.

По отношение на козметичните продукти е необходимо повишаване на информираността на населението и засилване на контрола върху тях.

Насоките за подобряване на здравето на работещото население са в областта на предприемане на действия за: осъзнаване, че осигуряването на условия за ЗБУТ има ключово значение за икономически просперитет не само за фирмата/организацията, но и за отделния индивид и за цялата нация; разработване на Национален план за действие за здраве на работещите на базата на Европейския и Глобалния план на СЗО за здраве на работещите; изграждане на капацитет за осигуряване на ефективно ТМО чрез подобряване нивото на обучение по трудова медицина в утвърдените от МЗ бази; подобряване на качеството на ТМО чрез въвеждане на система за оценяване на дейността на СТМ.

Профилактиката на болестите се декларира като приоритет от всяко правителство, но на практика винаги доминира лечебната дейност и средствата се разпределят в такъв аспект. Поради това е необходима национална политика за промоция на здравето и профилактика на болестите, която да се приеме консенсусно и да се реализира от всяко следващо правителство при създадени адекватни материални, финансови, кадрови и организационни ресурси. Профилактиката следва да стане задължителен елемент за всички нива в здравната система и обществените сектори. Това налага да се изградят устойчиви информационни системи на национално и регионално ниво по проблемите на здравето, факторите на риска за него с оглед планирането на профилактичните дейности и тяхната адекватна оценка.

Насоките за решаване на проблемите в извънболничната помощ включват редица дейности, по-важните от които са:

✓ Подобряване на достъпа до различните видове ИМП чрез адекватно териториално разпределение на лечебните заведения и медицинските специалисти; подобряване на обслужването на населението в отдалечени и труднодостъпни райони (разкриване на общи практики, обслужване на място от мобилни екипи и др.).

✓ Стимулиране на създаването на групови практики в по-големите населени места с цел подобряване на достъпа и качеството в предоставяне на неотложната помощ.

✓ Лимитиране на максималния брой лица, записани при ОПЛ, в зависимост от потребностите и осигуреността в различните райони.

✓ Въвеждане на индикативни вместо регулативни стандарти с оглед адекватно задоволяване на потребностите на обслужваното население, вкл. даване на право на пряк достъп до определени специалисти.

✓ Усъвършенстване на регламентите в Националния рамков договор: увеличаване дела на заплащане на ОПЛ за реално извършени дейности, усъвършенстване на системата за осъществяване на профилактични прегледи/дейности, провеждане на диспансерно наблюдение на хронично болните, реално покриващо техните потребности, усъвършенстване контрола на извършваните дейности и др.

✓ Подобряване на координацията на общопрактикуващите лекари с изпълнителите на извънболнична специализирана помощ и лекарите в болничните лечебни заведения.

✓ Подобряване на дейностите по промоция на денталното здраве, особено на профилактичната и лечебната дейност при децата.

По отношение на болничната помощ е необходимо:

✓ Провеждане на задълбочен анализ на нормативната база и своевременно предлагане на необходимите промени, свързани с разработването на поетапни мерки за реструктуриране на легловия фонд и практическото им реализиране.

✓ Създаване на мрежа от лечебни заведения за долекуване, хосписи и социални домове, както и подобряването на координацията между различните звена.

✓ Въвеждане на единна методика за остойностяване на клиничните пътеки въз основа на здравно-статистически анализи и въвеждане на коефициенти за тежест и коморбидност като първи етап от разработване на българска система на диагностично свързаните групи. Водещ принцип при формулирането на клиничните пътеки да бъде диагнозата, а не процедурата. При въвеждане на нови методи за финансиране на болничната помощ, базирани на «преминал болен», е необходимо да се отчете, че както клиничните пътеки, така и други форми (например ДСГ) имат едни и същи съществени недостатъци – стремеж към „надписване” на тежестта, поставяне на „по-доходоносна” диагноза и за разлика от клиничните пътеки - липса на инструментариум за контрол на качеството.

По отношение на СМП е необходимо:

✓ Усъвършенстване на нормативната база с оглед ясно дефиниране на функциите на ЦСМП и СО; освобождаване на ЦСМП от неспецифични транспортни и други дейности; регламентиране финансирането на дейността на СО в областните МБАЛ

✓ Преодоляване на недостига и текучеството на кадри в ЦСМП чрез създаване на система за подбор, обучение и развитие на кадрите, разширяване на възможностите за специализация на лекарите в ЦСМП, увеличаване на заплащането и др.

✓ Разработване на алгоритми за добра медицинска практика на мобилните екипи при различни остри състояния и актуализиране на показателите за дейността им с акцент върху качеството на работа.

✓ Продължаване на обновяването и модернизирването на сградния фонд на ЦСМП, медицинската апаратура и автопарка, както и закупуване на хеликоптери за спешен медицински транспорт.

✓ Подобряване на интеграцията вътре в системата на СМП и нейното взаимодействие с другите структури на здравеопазването.

✓ Осъществяване на постоянен информационен обмен между системата на СМП и системата на единния европейски телефон за спешни повиквания 112.

IV. Основни проблеми и насоки в управлението на системата на здравеопазване

1. Проблеми

В рамките на управленската си дейност МЗ извършва периодичен контрол върху дейността на лечебни и здравни заведения директно и чрез своите органи на областно ниво - РЦЗ и РИОКОЗ. Контрол върху лечебните заведения упражнява и НЗОК като финансираща институция. С оглед осигуряване на качеството на медицинските услуги МЗ утвърждава медицински стандарти и провежда акредитация на лечебните заведения. Въпреки извършеното в тази насока, липсват стандарти за редица специалности, наблюдават се слабости в акредитационния процес, недостатъчно ефективна е координацията между отделните нива на медицинска помощ. В много случаи се вземат управленски решения въз основа на непълна и в някои случаи и изкривена информация. В системата все още съществуват корупционни практики. Незадоволително е и сътрудничеството между отделните актьори, ангажирани със здравето на населението.

2. Насоки за развитие

Оптимизирането на управленската дейност налага продължаване на законодателните инициативи с цел отстраняване на някои противоречия в съществуващото здравно законодателство и постигане на прозрачност на действията, въвеждане на електронното здравеопазване с оглед подобряване на комуникациите между отделните нива на медицинска помощ и възможност за ефективен контрол, изграждане на единна информационна система, което изисква утвърждаване на всички подзаконови нормативни актове по чл. 27 от Закона за здравето, приемане на Национална здравна карта, на медицински стандарти по всички специалности и актуализиране на вече съществуващите, усъвършенстване на системата за акредитация и разработване на стратегия за ограничаване на корупционните практики на всички нива. Необходимо е изграждането на система за безопасност на пациентите съгласно европейските изисквания.

Разработването и внедряването на прозрачна система на ценообразуване и заплащане на лекарствените продукти с публични средства ще гарантира достъпа до лекарствена терапия на пациентите и ще оптимизира работата на Комисията по цените и лекарствените продукти и Комисията по позитивен лекарствен списък.

V. Основни проблеми и насоки за развитие в областта на човешките ресурси

1. Проблеми

В областта на човешките ресурси в здравеопазването продължава наличието на: регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ; ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари; тенденция за намаляване на някои специалисти; финансови и организационни трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение и неадекватно ниско заплащане на труда. Проблем е миграцията на лекари и сестри. Липсва национална стратегия за развитие на човешките ресурси в системата.

2. Насоки за развитие

Базирайки се на актуалността на проблема, насоките за подобряване на състоянието на човешките ресурси включват редица дейности, по-важните от които са:

- ✓ Оценка на състоянието на наличните човешки ресурси и определяне на реалните потребности от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи, отразени в Национална дългосрочна стратегия за развитие на човешките ресурси.
- ✓ Разработване и въвеждане на информационна система за регистрация и мониториране на мигриралите здравни кадри.
- ✓ Създаване на стройна концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските и немедицинските специалисти в системата на здравеопазването.

VI. Основни проблеми, установени при провеждане на външна оценка на системата на здравеопазване

Възприятието на населението за здравеопазването се задържа като цяло на нивата от 2006 г., като по отношение на субективния здравен статус и достъпа до здравеопазване са налице позитивни промени. В оценката на системата от гражданите е налице известен спад на негативната динамика, особено когато оценките са основани на личния опит („за услугите, предоставяни на мен и моето семейство“). Обяснението, че всички проблеми се дължат на корупцията, изглежда започва да се изчерпва. Обществото започва да се подготвя да приеме конкретни и балансирани стъпки в подкрепа на реформата. В същото време оценката отвън, извършена с подкрепата на Европейската Комисия, остава негативна и дори се задълбочава. Според изчисления «Индекс на здравния потребител» на 33 страни в Европа здравеопазването в България е на последно място с 448 т., като непосредствено пред нея са Румъния с 489 т. и Латвия с 512 т. В сравнение с 2007 г. страната получава 38 точки по-малко и пада с 5 места надолу. Негативни са оценките за защита правата на пациента, ограничени директен достъп до специалист, неформалните плащания за лечение, труден финансов достъп до лекарства, ниските възможности за трансфер на медицинска информация между специалистите, редица лоши здравни показатели - висока детска смъртност, висока смъртност от злокачествени заболявания и др. България е сред страните в Европа, в които делът на личните разходи на пациентите както за домашно, така и за болнично лечение, е висок в структурата на общите разходи за лекарства – 56% у нас срещу 17.9% в страните от ЕС. По мнението на гражданите това значително финансово бреме е един от най-сериозните проблеми на здравеопазването.

2. Насоки за развитие

Осъществяването на промени в една толкова чувствителна система като здравеопазването трябва да се извършва с активното участие на населението. Функционирането на всяко демократично общество се характеризира с прозрачност на действията и възможност за обратна връзка, което досега е осъществявано спорадично. Наложително е по-активно включване на структурите на гражданското общество и отчитане мнението на гражданите при вземането на управленски решения в сферата на здравеопазването.

ВЪВЕДЕНИЕ

Доброто здраве и висококачественото обслужване от страна на системата на здравеопазване са основни приоритети както за гражданите, така и за правителството на Р. България, реализирани чрез основната отговорност на Министерството на здравеопазването.

Настоящият годишен доклад има за цел да изясни какво е здравното състояние на нацията през 2008 г., как се е повлияло от извършените действия и кои са факторите, които допринасят за неговата промяна в положителен или отрицателен аспект.

Изнесените факти в доклада са подкрепени със статистически данни от НСИ, НЦЗИ, Евростат, Базата данни на СЗО, официални документи, данни от научни проучвания, резултати от социологически изследвания, публикувани отчети на отделни институции, предоставени данни от МЗ и отделни експерти, както и мнения и оценки на работната група, съставила доклада.

Официалната статистика в страната предоставя информация за регистрираните заболявания: заразни, психични, предавани по полов път, туберкулоза, злокачествени новообразувания, както и водещите до временна, трайна неработоспособност и хоспитализации. От 2000 г. не се публикуват данни за регистрираната заболеваемост по обращаемостта поради промяната в първичната регистрационна документация и начина на отчитане след въвеждането на системата на НЗОК. Отсъствието на такава информация затруднява анализа на част от социално-значимите заболявания като се използват главно умирианията по причини. В същото време значителната по обем информация за хоспитализираната заболеваемост в известна степен е изкривена поради възприетите за финансирането клинични пътеки.

Докладът е разделен на 5 части, третиращи различни аспекти на здравето на нацията.

В резюме са посочени основните установени проблеми и насоките за тяхното решаване.

Първият раздел предлага преглед на здравното състояние на нацията въз основа на съществуващата статистическа информация, като е отделено внимание и на здравето на отделни групи от населението. По-съществената част на този раздел е обсъждането на основните детерминанти на здравето и на рисковите за здравето фактори, като тютюнопушене, хранене, злоупотреба с алкохол, ниска физическа активност, наличието на артериална хипертония и др., които определят нивото на здраве на населението.

Вторият раздел дава представа за цената на здравето, определена чрез анализа на публичните разходи за здравеопазване. Специално внимание е отделено на основните проблеми в системата на финансиране на здравеопазването и някои от възможните начини за преодоляването им.

Третият раздел е фокусиран върху достъпността, качеството и ефективността на обществените и индивидуалните услуги. Опазването и защитата на общественото здраве се характеризира чрез извършените дейности и постигнатите резултати по опазването на околната среда, както и чрез резултатите от редица дейности по линията на държавния здравен контрол. Особеното място, което е отделено на промоцията на здравето и профилактиката на болестите, се определя от тяхното огромно влияние върху здравето на населението и необходимостта от по-нататъшното им развитие.

Отчитайки факта, че системата на здравеопазване полага грижи както за обществото като цяло, така и за отделния индивид, е отделено специално внимание на предлаганите и осъществени услуги на всички нива на медицинската помощ, с особен акцент върху съществуващите остри проблеми.

Четвъртият раздел е посветен на анализа на управлението на системата на здравеопазването във всичките му аспекти.

Петият раздел третира въпроса за човешките ресурси в здравеопазването и техните проблеми по отношение на количество, структура и бъдещо развитие.

Шестият раздел дава представа как системата и нейните действия се приемат от обществото и как се променят нагласите през последните години.

Заклучението представя в синтезиран вид основните установени факти със съответната положителна или отрицателна оценка.

Като цяло докладът очертава песимистична картина за състоянието на общественото здраве. Слабият интерес към въпросите на промоцията на здравето и профилактиката на болестите, недостатъчното финансиране, неправилните подходи при финансирането на болничната помощ, липсата на единна информационна система и др. нерешени проблеми определят установеното състояние на здравето на нацията през 2008г.

Отчетените редица действия и установени тенденции за известно подобряване се дължат основно на усилията на работещите в системата (оказващи обществени и индивидуални здравни услуги) и на известна позитивна промяна в поведенческите навици на населението.

От друга страна, хаотичното управление на системата на здравеопазване през последните години доведе до общо влошаване на качеството на медицинските услуги, затрудни достъпа и създаде неравнопоставеност при тяхното ползване. Липсата на желание от страна на предишните две правителства за продължаване на установените с консенсус в нашето общество насоки на развитие на системата, търсенето на алтернативни пътища, целящи по-скоро реформиране на реформата, а не реално развитие и надграждане на постигнатото през последното десетилетие доведе до негативни последици за здравето на населението, които могат да имат необратим ефект в бъдеще.

ПЪРВИ РАЗДЕЛ: ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО

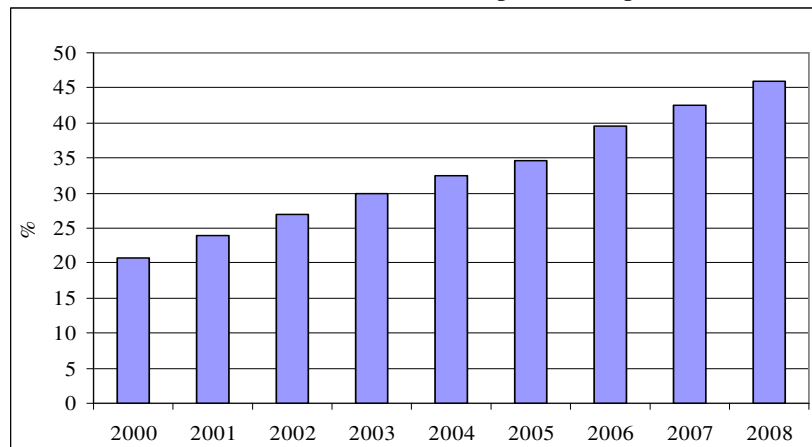
1. ОСНОВНИ ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

Към края на 2008 г. населението в България е 7 606 551 души. В сравнение с миналата година то е намаляло с 33 687 (0.4%). Делът на жените е малко по-висок от този на мъжете (51.6%), като съотношението жени/мъже нараства след 45-годишна възраст. Относителният дял на лицата над 65 г. е 17.4% (20.0% при жените и 14.7% при мъжете) и е почти равен на средния за ЕС - 17.0%. Като цяло демографските процеси в нашата страна се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и неговото застаряване.

В резултат на застаряването на населението нараства и средната възраст за страната. През 2008 г. тя е 41.7 г., като в селата тя е по-висока от тази в градовете (съответно 45.4 и 40.1 години). Броят на *икономически активното население* е 4 806 000 души (63.2%). В сравнение с 2007 г. то е намаляло с 11 хил. души.

В последните години се отчитат *неблагоприятни тенденции по отношение на работната сила - абсолютният брой намалява и се променя структурата* - увеличава се значително относителният дял на застаряващите работещи (Фиг.1). Най-голям е делът на работната сила, заета в различни сектори на промишлеността (29%), търговията – 14%, селското стопанство (13%), транспорта и съобщенията (7%), в строителството – 6%.¹

Фиг. 1. Относителен дял на застаряващите работещи



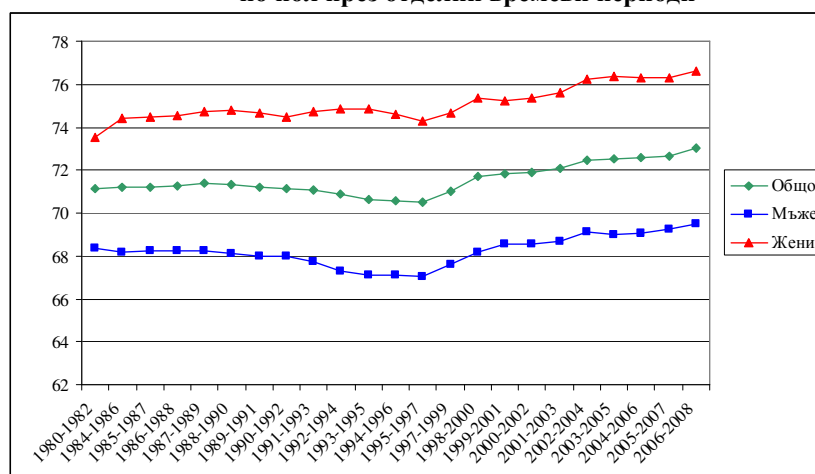
Източник: Eurostat

През периода 2006-2008 г. *средната продължителност на живота* у нас нараства от 72.7 години на 73.01 години, като тази на мъжете е по-ниска от тази на жените - съответно 69.51 и 76.64 години (Фиг. 2). След 1995 година се наблюдава тенденция за увеличение на този показател и при двата пола. Средната продължителност на живота в България е с 6.08 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.09 години, 2007 г.).² Само в някои европейски страни за 2007 г. показателят за мъжете е по-нисък от този в България (65.78 г. в Латвия и 64.9 г. в Литва), докато при жените само в Латвия продължителността на живота е по-ниска от тази в България.

¹ Национална стратегия по здраве и безопасност при работа, 2008 г.

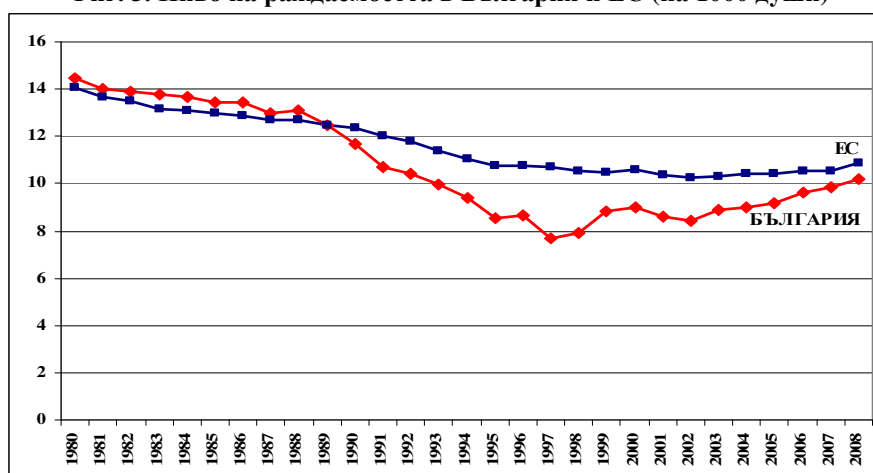
² HСI, Health For All Data Base, version January 2009, WHO/EURO

Фиг. 2. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди



Раждаемостта през последните години бележи лека тенденция към нарастване (Фиг. 3), като през 2008 г. е 10.2‰ и спрямо предходната година е увеличена с 0.4%. Увеличаване на раждаемостта се регистрира както в градовете, така и в селата (съответно 10.8‰ и 8.7‰). Тоталният коефициент на плодовитост през 2008 г. е 1.48 деца и това е най-високата му стойност след 1992 г.

Фиг. 3. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

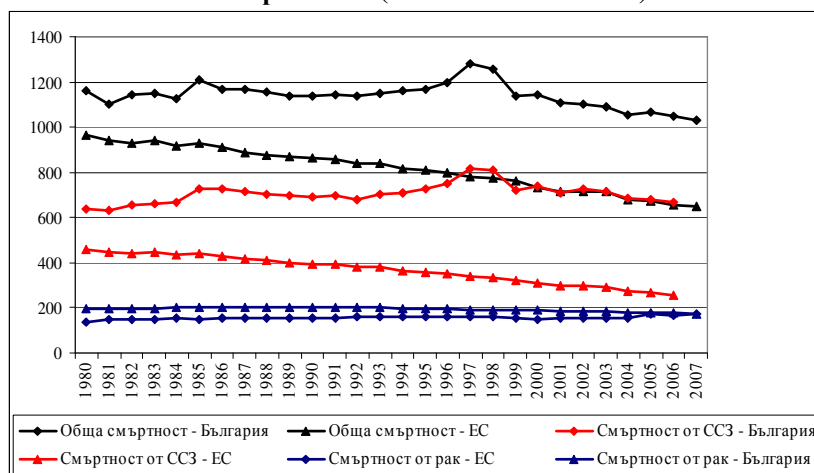
Раждаемостта в България е близка до средната в ЕС – 10.9‰ (Фиг.3) и се доближава до нивото в повечето европейски страни. По-високо е нивото на раждаемост във Великобритания (12.7‰), Франция (12.9‰) и Ирландия (16.2‰).

През последните две десетилетия нивото на смъртността се характеризира с нарастване. През 2008 г. се отбелязва лек спад на показателя (с 0.3%) като коефициентът на обща смъртност достига 14.5‰ (Фиг. 4). Смъртността продължава да бъде по-висока при мъжете (15.8‰), отколкото при жените (13.3‰) и по-висока в селата (20.4‰), отколкото в градовете (12.1‰). Преждевременната смъртност остава на същото ниво от 2007 г. – 24.1%.

Следва да се отбележи, че България е с един от най-високите стандартизирани показатели за смъртност (1 028.5 ‰) сред страните от ЕС, като след нея са само Литва и Латвия. В повечето европейски страни стандартизираният показател за смъртност е по-

нисък от средния за ЕС (648.2‰), като в страни като Естония, Унгария, Полша, Румъния, Словения и Словакия той варира между 669.5‰ и 979.1‰.

Фиг. 4. Стандартизирани показатели за обща смъртност и смъртност от някои заболявания в България и ЕС (на 100 000 население)



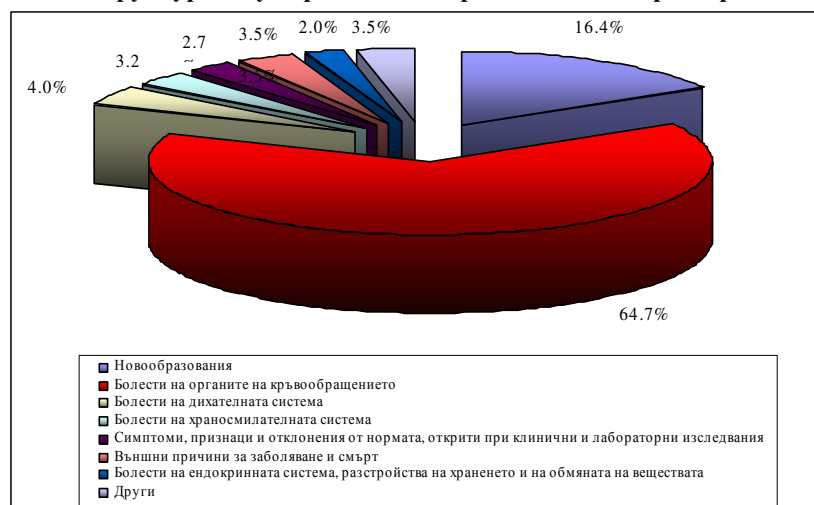
Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

През последните години се наблюдава тенденция към намаляване на смъртността от болести на органите на кръвообращението (БОК), но стандартизираният показател за България (665.6‰) остава изключително висок в сравнение с този за ЕС - 256.0‰. (Фиг. 4). В структурата на този клас болести с най-висок дял са представени мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето (съответно 31.4% и 20.2%).

В структурата на умираанията поради злокачествени новообразувания (ЗН) водещи са заболяванията на ларинкса, трахеята, бронхите и белия дроб (21.7%), следват тези на дебелото черво (9.0%), стомаха (8.3%) и млечната жлеза при жените (7.4%). Смъртността от ЗН в България е по-ниска от средната за ЕС, но показва тенденция за увеличаване.

В смъртността по причини, водещи са болестите на органите на кръвообращението (64.7%) и новообразуванията (16.4%) (Фиг. 5).

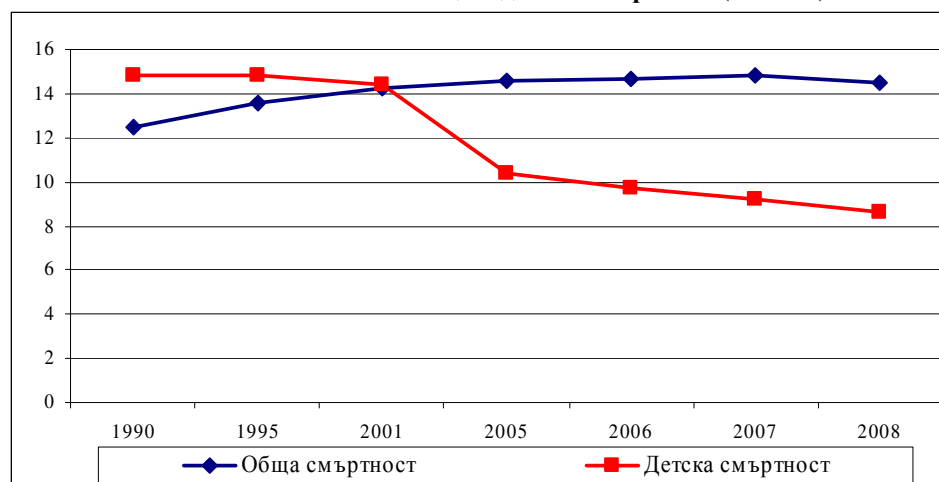
Фиг. 5. Структура на умираанията по причини в България през 2008 г.



Източник: НСИ, 2009

Като положителен факт следва да се отбележи снижаването на нивото на *детската смъртност*. Показателят намалява през последните години и през 2008 г. достига 8.6‰ (Фиг. 6), като в селата остава по-висок от този в градовете (съответно 11.6‰ и 7.6‰). Детската смъртност е показател, отразяващ качеството на медицинската помощ, но също така е пряко свързан с жизнения стандарт и здравната култура на населението. Най-вероятно наблюдаваната благоприятна динамика в България през последните години е израз преди всичко на позитивна промяна в последните 2 фактора.

Фиг. 6. Показатели за обща и детска смъртност (на 1000)



Източник: НСИ, 2009

Перинаталната детска смъртност се задържа висока (10.5 на 1000 родени деца за 2008 г.) при 5.98‰ за страните от ЕС (2007 г.). Тъй като в българската демографска практика и досега не са възприети изцяло критериите за „раждане“ и „аборт“, препоръчвани от СЗО, има значително изкривяване на информацията и изкуствено занижение на този показател. Според някои изследователи³ въвеждането на унифицирана с другите страни в ЕС методика за дефиниция на живороден плод, би довела до още по-големи отклонения на този показател, при това в неблагоприятна посока.

Неблагоприятни са данните и за *мъртвораждаемостта* (7.3‰ за 2008 г.). Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи вътреутробна смърт на плода.

През 2008 г. *ранната неонатална детска смъртност* достига най-ниската си стойност – 3.3 на 1000 живородени. Значение за нивото на този показател има обхватът на бременните под медицинско наблюдение до 3-ти лунарен месец (67.3% през 2008 г. по данни на НЦЗИ) което е все още недостатъчно. Очевидно както доболничната, така и болничната акушеро-гинекологична помощ не са в състояние да доловят своевременно патологичните отклонения, които причиняват вътреутробната смърт на плода.

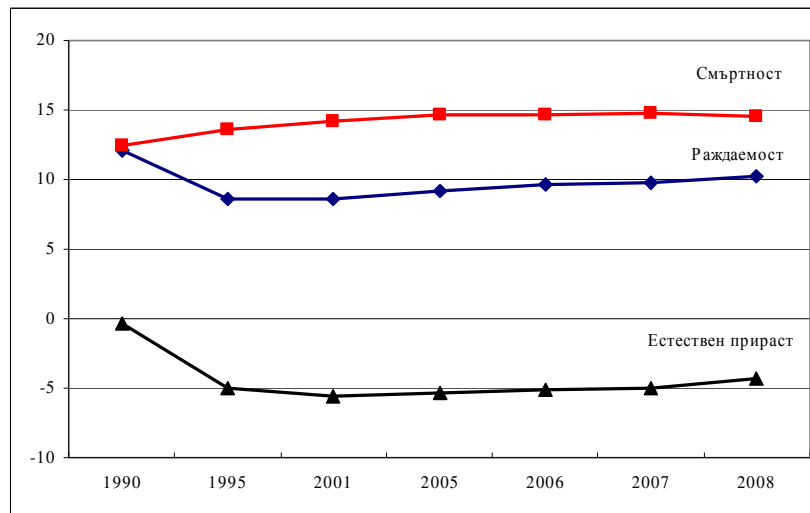
Недоносеността се намира в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ, освен това е фактор със съществен принос в перинаталната смъртност. През 2008 г. делът на живородените недоносени е 7.7% и е значително намален спрямо предходната година (8.3%). Ражданията на недоносени деца са

³ Aleshina, N., Redmond, G., „How high is infant mortality in Central and eastern Europe and the CIS?“ UNICEF Innocenti Research center Florence, Italy, Nov. 2003

значително по-чести сред социално слабите слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години).

Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят *отрицателния естествен прираст* на населението през последния десетгодишен период (Фиг. 7). През 2008 г. коефициентът на естествен прираст е -4.3‰ , като в селата той е значително по-висок от този в градовете (съответно -11.7‰ и -1.3‰). В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст на населението са Естония, Румъния, Германия, Унгария и Литва (от -1.2‰ до -4.0‰). С отрицателен естествен прираст е и Латвия, със стойност равна на тази в България. Останалите страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия (9.8‰).

Фиг. 7. Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1000 души)



Източник: НСИ, 2009

Един от основните проблеми, породени от застаряването на населението у нас, е нарастването на патологията, свързана с напредналата възраст. Официалните статистически данни за хоспитализираната заболеваемост за периода 2005-2008г.⁴ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 ($20\ 857.0\text{‰‰‰}$) на 1 825 488 души ($23\ 945.9\text{‰‰‰}$). Честотата на хоспитализираните лица на възраст от 0 до 17 години е 24 114.4 на 100 000 души от населението, по-ниска е тя при хоспитализираните на възраст 18-64 години ($19\ 708.8\text{‰‰‰}$). Най-висока е честотата на хоспитализациите при лицата на 65 и повече години ($39\ 853.6\text{‰‰‰}$). Сред причините за хоспитализация водещи са болестите на органите на кръвообращението, факторите, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните заведения и болестите на дихателната система, които обуславят общо 40.2% от хоспитализациите. Използваните клинични пътеки оказват влияние върху нивото и структурата на хоспитализираните, поради което някои от показателите следва да се разглеждат условно.

По данни на НЦЗИ, през 2008 г. нарастват болестността и заболеваемостта от злокачествени новообразувания (съответно $3\ 437.6$ и 426.0‰‰‰). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените ($1\ 156.6\text{‰‰‰}$) и рак на женските полови органи ($1\ 007.2\text{‰‰‰}$), а на заболеваемостта - от рак на храносмилателните органи (106.6‰‰‰), рак на млечната жлеза при жените (89.2‰‰‰) и рак на женските полови органи (83.0‰‰‰).

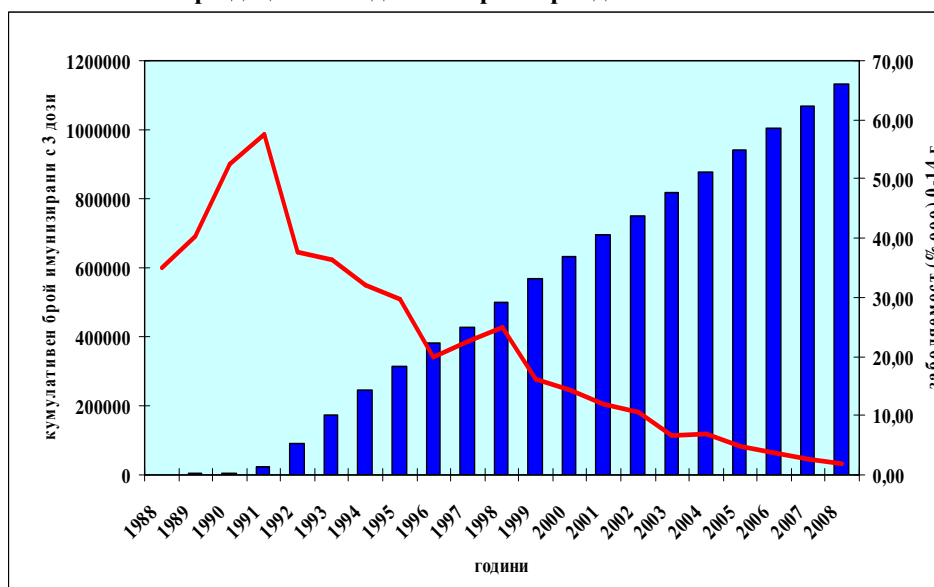
⁴ нцзи

Броят на психично болните в психиатричните заведения намалява (2 275.4‰) и това са предимно лица с умствена изостаналост; шизофрения и шизотипно разстройство; депресивен епизод, рецидивиращо депресивно разстройство, персистиращи и други разстройства на настроението (по данни на НЦЗИ).

Редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, полиомиелит, малария, кореман тиф, морбили и др. Намалява болестността и заболяемостта от туберкулоза (съответно 119.7 и 38.5‰). Продължава тенденцията на намаление на заболяемостта от сифилис (5.8‰), докато заболяемостта от гонорея, микроспория и трихофития нараства (по данни на НЦЗИ).

В резултат на устойчиво високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В (наред с другите последователно провеждани комплексни превантивни мерки) е постигнато рязко снижаване на заболяемостта от вирусен хепатит В при децата до 14 години (Фиг. 8).

Фиг. 8. Кумулативен брой новородени, имунизирани с три дози ваксина срещу хепатит В, съпоставена със заболяемостта от вирусен хепатит В при децата от 0 до 14 г. през периода 1988 – 2008 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост; НЦЗИ

2. ЗДРАВЕ НА ОТДЕЛНИ ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

2.1. Здраве на децата

2.1.1. Здравно състояние на деца 0-3 г. и 4-6 г.

Заболеваемостта във възрастта 0-3 г. е сравнително висока – средно около 4 заболявания на дете годишно, което определя тези деца като „често боледуващи”. По-голямата част от острите заболявания са на дихателната система (71.6%-74.4%), като този дял сред децата, посещаващи ясли, достига до 85.0%⁵. Растежът и физическото развитие на децата от 0 до 3 г. обикновено е в границите на оптималните и разширени норми. Тревожен е фактът, че при момичетата е висок дялът на тези с наднормена телесна маса⁶.

Данните за физическото развитие на децата от 3-6 години, посещаващи детски заведения, показват, че при 88.7-90.0% от случаите е в границите на нормата. С риск от

⁶ Пръвчев В., Т. Татъзов и кол. – Проучване състоянието на детските ясли в гр.София /научна тема, НЦООЗ/, 2006

затлъстяване са 2.0-3.0%. Децата с акцелерация са 2 пъти повече от тези с изоставане във физическото развитие, а около 11% от децата са със снижени показатели за физическа дееспособност^{7,8}.

Основната част от острите заболявания в тази възраст са инфекции на горните дихателни пътища (80.0%). От хроничните заболявания най-чести са на дихателната система и тези с алергична генеза (bronхиална астма, бронхити, фарингити и др.), следвани от заболявания на ендокринната система и обмяната на веществата (затлъстяване), заболявания на нервната система и сетивните органи (особено смущения в зрението)⁹. Стоматологичното здраве при децата до 6 г. не е добро - над 80.0% от тях имат кариеси, 9.0% - на постоянните зъби, а 88.0% са с кариеси на временните зъби поради липса на ефективна профилактика на оралните заболявания¹⁰.

2.1.2. Здравно състояние на деца 7-18 г.

Антропометричните измервания и профилактичните медицински прегледи, по данни на РИОКОЗ (2008)^{11,12,13} показват положителна промяна в един от основните показатели за физическо развитие - ръстът, който се увеличава. Наблюдават се, обаче, неблагоприятни промени в показателите на гръдните обиколки в пауза, при вдишване и издишване, което свидетелства за недостатъчно аериране на белия дроб в състояние на покой¹⁴. Като цяло се регистрира снижаване нивото на физическата дееспособност. Системата на обучение по физкултура/спорт в училищата е неефективна и не осигурява нужното ниво на двигателна активност в периода на растеж, съзряване и развитие на детския организъм. Часовете по физкултура/спорт се провеждат формално и еднообразно, а тренировъчно-физиологичният им ефект е под 15%. Материално-техническата база е в лошо състояние. 81.0% от децата и учениците желаят да спортуват, но не могат да осъществят това в своята естествена среда - училището. В резултат се оформя голяма рискова група (51% от популацията), в която са чести случаите на изразена хиподинамия, хипертонични реакции, гръбначни изкривявания, снижени капацитетни възможности на сърдечносъдовата система и др. В резолюцията на Европейския парламент (ЕС, 25.09.2008) се посочва, че през последните години броят на часовете за физкултура/спорт в училищата е намален, при съществуващи големи различия в спортното оборудване на салоните сред държавите-членки.

Нараства броят на хроничните неинфекциозни заболявания – 32.7% от децата боледуват от тях, като при 27.9% е установена фамилна обремененост¹⁵. Най-чести са заболяванията на дихателната система с алергична етиопатогенеза - 51.1%. Чести са заболяванията и на нервната система – неврози (6.3-8.0%), емоционални и поведенчески разстройства (48.5%), заболявания на сърдечносъдовата система - най-често хипертония и хипертонични реакции, вариращи от 16.0 до 61.9% от децата. Много разпространени са затлъстяването (21.0%) и наднормената телесна маса (7.9%)^{16,17,18,19}. Зачестяват

⁷<http://riokoz - chumen. com / index. php? option = com - content&task = view&id = 9&Itemid = 20, 28.11.2008.>

⁸ http://www. ruseinfo. net / news_61302. html - 15.06.2009 г./47/

⁹ <http://www. diuu. bg / ispisanie / broi 7/3 dobpedr/7 dpp 9. Htm 29.05.2009>

¹⁰ Национална програма за профилактика на оралните заболявания

¹¹ <http://riokoz - chumen. com / index. php? option = com - content&task = view&id = 9&Itemid = 20, 28.11.2008>

¹²http://www. ruseinfo. net / news_61302. html - 15.06.2009 г./47/

¹³ <http://www. riokoz - pleven. com/lubopitno / analizzd 2007. doc. 19.06.2009>

¹⁴ Попиванова Цв. и кол. «Двигателната активност, храненето, вредните привички /гютюнопушене, употреба на алкохол» в училищна възраст – рискови фактори за възникване на остеопороза- НАЦИД, пер.№ 84000273, 2005г.

¹⁵ Попиванова Цв. и кол. «Двигателната активност, храненето, вредните привички /гютюнопушене, употреба на алкохол» в училищна възраст – рискови фактори за възникване на остеопороза- НАЦИД, пер.№ 84000273, 2005г.

¹⁶ <http://riokoz - chumen. com / index. php? option = com - content&task = view&id = 9&Itemid = 20, 28.11.2008.>

¹⁷ http://www. ruseinfo. net / news_61302. html - 15.06.2009 г./47/

¹⁸ <http://www. riokoz - pleven. com/lubopitno / analizzd 2007. doc. 19.06.2009>

¹⁹ <http://www. sliven. bg / . 16.06. 2009 г.>

заболяванията от диабет - в България има над 3 000 деца със захарен диабет, като повечето са с тип 1-инсулинозависим²⁰.

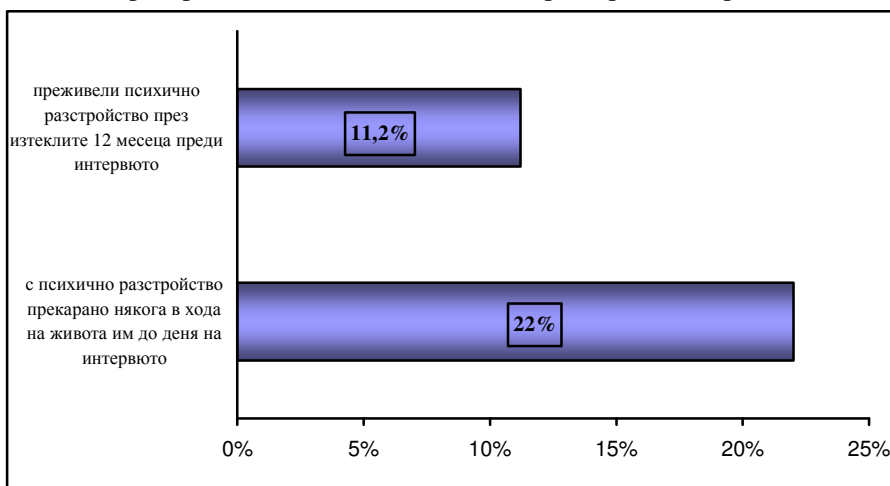
Продължава тенденцията за висока честота на злокачествените заболявания при децата от 0 до 17 години. Повишава се и броят на новооткритите заболявания от активна туберкулоза - до 23 на 100 000 през последните години²¹.

Водещи причини за хоспитализация са болести на дихателната система, следвани от някои инфекциозни и паразитни болести травми, отравяния и някои последици от въздействието на външни причини и състояния, възникващи през перинаталния период. Само за децата до 1 година хоспитализираните случаи през 2008 г. са 79 149 на 100 000 деца, с водеща причина «болести на дихателната система»²². Редките болести, включващи генетични, вродени малформации и ненаследствени заболявания, са сериозен проблем. Въпреки наличието на различни национални програми и нормативни актове в тази насока, проблемите не са намерили комплексното си решение.

2.2. Психично здраве

По данни на СЗО при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. По отношение на така наречените тежки психични разстройства с изразен ефект върху социалното функциониране, разпределението по диагнози на 100 000 души е както следва: лица с умствена изостаналост - 520.2, шизофрения и шизотипни разстройства - 388.2, афективни разстройства - 234.8. Що се отнася до честите психични разстройства, за първи път в страната епидемиологичното изследване на здравето и стреса ЕПИБУЛ предоставя репрезентативни резултати за разпространението, влиянието на заболяванията върху качеството на живота и получаването на психично-здравна помощ на хората с чести психични заболявания на случайно подбрани извадки от населението на възраст над 18 г. 22% от населението отговарят на критерия на DSM-IV за психично разстройство, прекарано някога в хода на живота им до деня на интервюто; 11.2 % са преживели разстройство през изтеклите 12 месеца преди интервюто (Фиг. 9). Най-голям е относителният дял на лицата с тревожни разстройства – 7.6%, следвани от разстройства на настроението 2.8% (Табл. 1).

Фиг. 9. Разпространение на честите психични разстройства сред населението



²⁰ <http://www.puls.bg/health/inguisitive/nevs-2184.html>, 10.06.2009 г.

²¹ Сборник „Здравеопазване”. НСИ, НЦЗИ, С., 2009 г.

²² Национален център по здравна информация /НЦЗИ/.

Табл 1. Лица с чести психични разстройства (% от общото население над 18 г.)

Държава	Тревожно разстройство	Разстройство на настроение	Разстройство контрол на импулсите	Злоупотреба вещества	Всички
Италия	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Германия	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Испания	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
България	7,6	2,8	0,8	1,2	11,2
Белгия	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
Холандия	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Франция	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Украйна	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
САЩ	18,1	9,5	8,9	3,8	26,2

За разлика от тежките психични разстройства, честите психични разстройства относително рядко довеждат до инвалидизиране и други видими прояви в обществото и това е причина за пренебрегване на тяхната висока социална цена. Редица анализи показват, че те изразходват неподозирано много обществени ресурси, най-вече под формата на ползване на отпуск по болест и намалена работоспособност.

Данните от проучването показват, че само 30.7% от хората със сериозни чести разстройства, 21.9% от хората с умерено изразени разстройства и 14.1 % от тези с леки разстройства през изтеклите 12 месеци са провели психичноздравна консултация в психиатрична или общомедицинска служба. От всички хора, които са били случаи през 12-месечния период преди интервюто, помощ са получили само 20.6 % (в САЩ - 41.1%), като при 19.7% от тях тя е била от медицински специалист. Следва да се отбележи, че в системата на здравеопазването компетентните на общопрактикуващите лекари, както и структурите и програмите, предназначени да обслужват емоционалното страдание и неговите психосоциални последици, са крайно недостатъчни.

2.3. Здраве на работещото население

Условията на труд (УТ) у нас се различават от тези в страните от ЕС²³ по няколко важни характеристики, които в значителна степен обуславят нивото на най-важните индикатори за здравето на работещите – свързаните с труда увреждания и заболявания: по-висока заетост на работещите в традиционно рисковите икономически сектори, по-висок дял на работещите, изложени на рискове за здравето и безопасността на работното място (физични, химични, биологични, ергономични, психо-социални); по-висок дял на работещите в условия на стрес при работа (централизирана организация на труда, сменна работа, удължен работен ден и асоциални модели на работа, ниска автономност на работещите и др.); по-ниска информираност и обученост на работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа, начините и средствата за намаляването им и много ниско ниво на участие на работещите в дейностите за здраве и безопасност при работа и други.

Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за качеството на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа. В последните години, наред с другите известни причини за ТЗ (технически и организационни), се отдава особено внимание на причините за ТЗ в обсега на трудово-медицинското обслужване на работещите (ТМО) от служби по трудова медицина (СТМ),

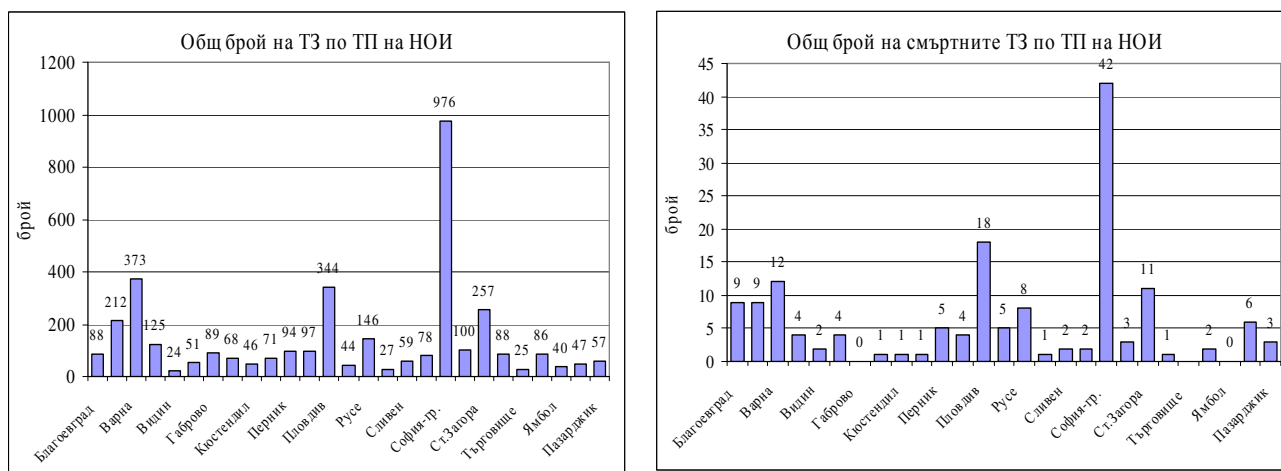
²³ <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>

напр. субективният фактор и поведението на работещите на работното място – нивото на културата за превенция, знанията за здраве и безопасност при работа, причините за рисковото поведение на работещите, вкл. нивото на стреса при работа.

През 2008 г. са станали общо 3 732 ТЗ, от които 161 са със смъртен изход, а 31 – с изход инвалидизация. Загубените календарни дни са 193 901²⁴.

Разпределението на ТЗ (общ брой), смъртни и с изход инвалидизация по икономически дейности, показва, че през 2008 г., както и в предишните години, най-висок брой ТЗ са регистрирани в строителството, а общият брой на ТЗ по Териториалните подразделения (ТП) на НОИ (Фиг. 10) е най-висок в София-град (976), Варна (373), Пловдив (344), Ст. Загора (257), Бургас (212), Русе (146), В. Търново (125), София – окръг (100).

Фиг. 10. Общ брой на ТЗ и смъртните ТЗ по ТП на НОИ през 2008 г.

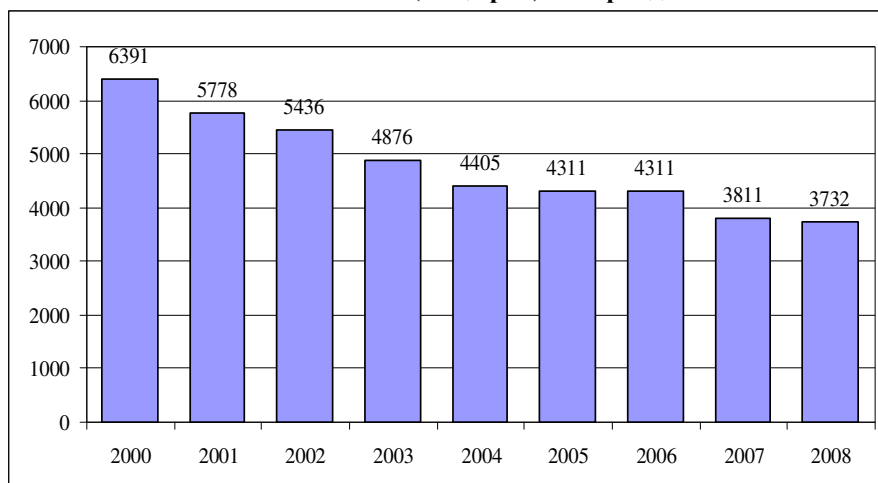


Изт.: НОИ – регистър на трудовете злополуки

Сравнителният анализ на данните за ТЗ, които представляват сериозна тежест в социално и икономическо отношение показва, че след въвеждането на превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа (ЗЗБУТ /1997 г). общият брой на ТЗ, както и броят на изгубените календарни дни, съществено намаляват (Фиг. 11 и Фиг. 12). Същевременно обаче, се наблюдава тенденция за увеличаване на броя на смъртните ТЗ (Фиг. 13). Това противоречи на установената в страните от ЕС (Фиг. 14) трайна тенденция за намаляване както на общия брой на ТЗ, така и на тези със смъртен изход и трайна неработоспособност в резултат от превантивните дейности на работното място, вкл. добра практика на ТМО. Увеличаването на смъртните ТЗ при намаляването на общия брой на ТЗ свидетелства за ниско ниво на култура за превенция и на знания за здраве и безопасност при работа, недостатъчност на ТМО от СТМ, неефективен контрол на дейностите по здраве и безопасност при работа.

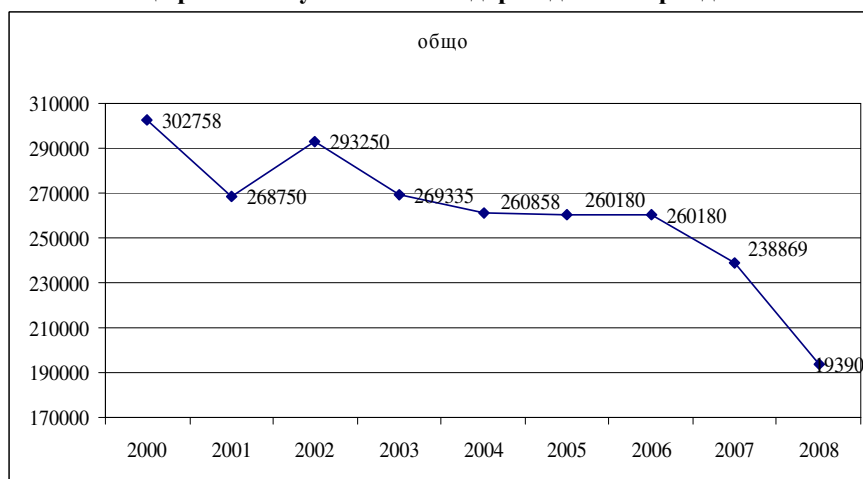
²⁴ Информационна система за трудовете злополуки на Националния осигурителен институт, www.noi.bg

Фиг. 11. Намаляване на ТЗ (общ брой) за периода 2000-2008 г.



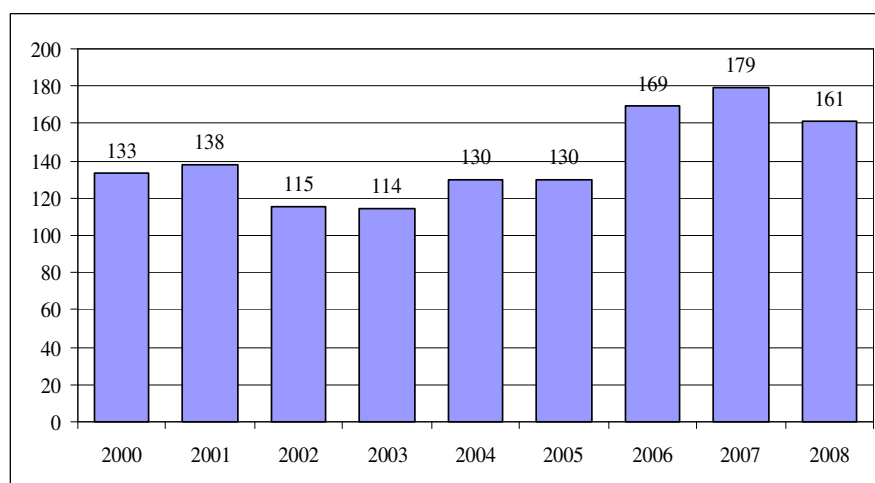
Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

Фиг. 12. Общ брой на загубените календарни дни за периода 2000 - 2008 г.



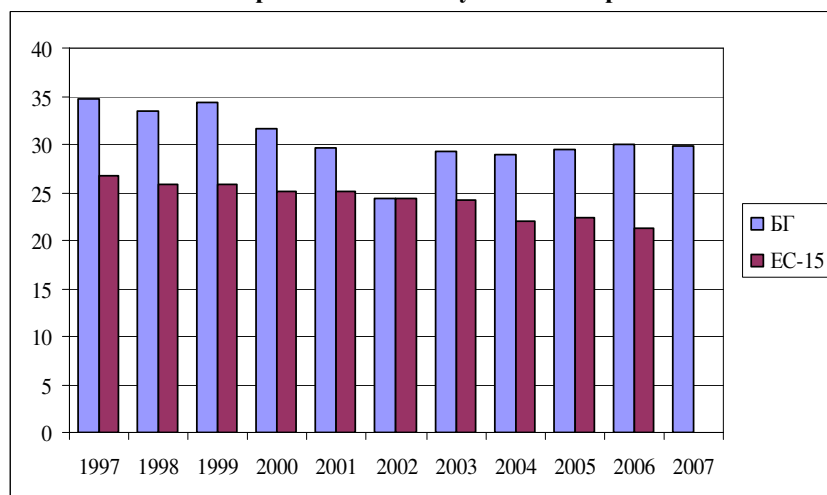
Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

Фиг. 13. Динамика на ТЗ със смъртен изход за периода 2000-2008г.



Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

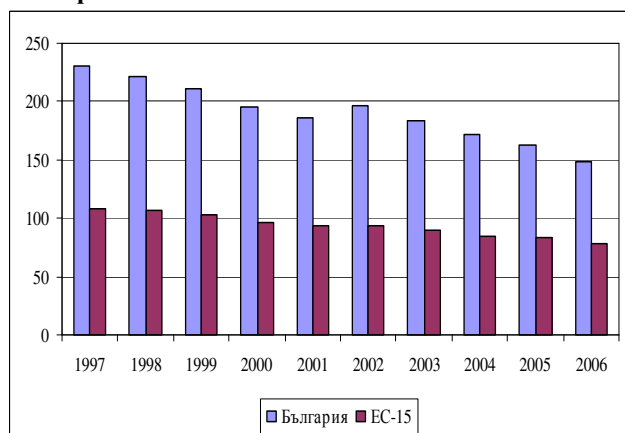
Фиг. 14. Смъртност от злополуки в България и ЕС-15



Изт.: Евростат

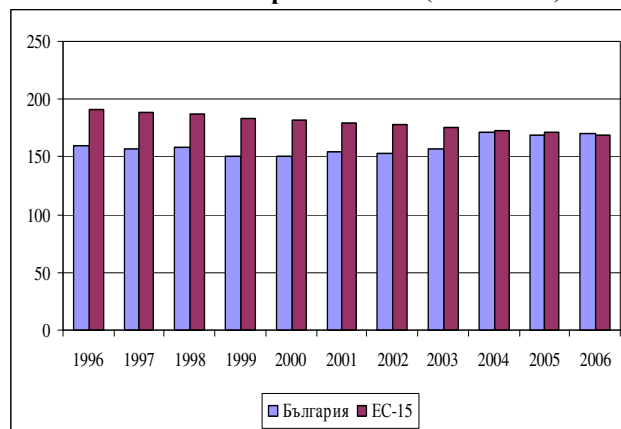
В последните години се обръща особено внимание на свързаните с труда заболявания – сърдечносъдови и злокачествени заболявания. За ИБС смъртността у нас е значително по-висока в сравнение със страните от ЕС, с лека тенденция на намаляване (Фиг. 15), а по отношение на злокачествените заболявания тенденцията у нас е към увеличаване, за разлика от ЕС (Фиг. 16).

Фиг. 15. Смъртност от ИБС в България и ЕС-15 /на 100 000



Източник.: Евростат

Фиг. 16. Смъртност от злокачествени заболявания в България и ЕС-15 (на 100 000)



3. ИНВАЛИДНОСТ²⁵

Броят на лицата над 16-годишна възраст, признати за инвалиди през 2008 г., е 63 087 или 9.7%. Относителният дял на инвалидизираните лица със загубена работоспособност 71-90% е най-голям (35%), следвани от лицата с 50-70% загубена работоспособност (29.4%), над 90% загубена работоспособност (24.3%) и до 50% загубена работоспособност (11.3%).

Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 39.2% от общия брой на случаите на

²⁵ Инвалидност в Република България през периода 2001-2008 година. Национален център по здравна информация. Бюлетин 09. София 2009

новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (17.4%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8.2%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.9%) и др.

При децата до 16-годишна възраст, през 2008 година са признати за инвалиди 3 106 или 2.8‰. Най-голям е дялът на децата с 50 до 90% загубена възможност за социална адаптация – 71.3%. Най-честата причина за инвалидизиране при децата са болестите на дихателната система (22.3%), болестите на нервната система (17.3%), психичните и поведенческите разстройства (15.8%) и вродените аномалии – 15.4%.

4. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО

Здравето на индивида и на населението като цяло се обуславя от сложното взаимодействие между редица фактори, които биха могли да се обединят в следните основни групи: социално-икономически, фактори на околната среда, поведенчески, медицински и генетични. Тези фактори могат да имат позитивен или негативен ефект. Например тютюнопушенето и ниският социално-икономически статус водят до влошаване на здравето и затова се определят като „рискови фактори”. От друга страна, високата консумация на плодове и зеленчуци може да бъде отнесена към позитивните фактори за здравето. Следователно анализът на видовете фактори позволява да се обясни и да се предвиди тенденцията в здравето на населението.

4.1. Социално-икономически детерминанти

4.1.1. Доходи и разходи на населението

През последната година диференциацията на доходите нарастна. За промените в структурата на доходите и на разходите е характерно следното:

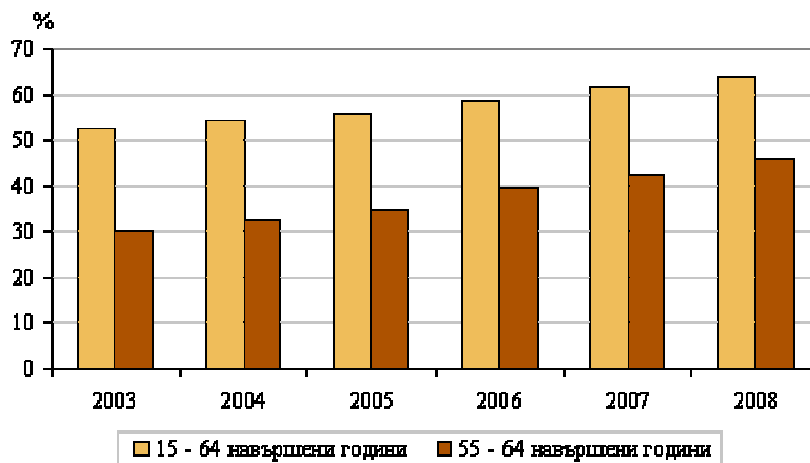
- Работната заплата формира над 50% от дохода на домакинството и по този начин продължава да бъде най-значителният източник на доходи за населението. Провежданата от Правителството подоходна политика в бюджетния сектор обвързва нарастването на работните заплати с нарастването на производителността на труда в реалния сектор, което се очаква да се отрази благоприятно върху конкурентната способност на българската икономика, постигане на по-висок икономически растеж и съответно до нарастване на заплатите в реалния и бюджетния сектор.
- Доходите от предприемачество и собственост са ниски (през 2008 г. те са формирали едва 6% от дохода на домакинството), т.е. населението продължава да разчита повече на доходите от наеман труд.
- Нискодоходната част от населението в по-голяма степен зависи от социални трансфери (43.5% през 2008 г.).
- Налице са положителни тенденции в структурата на разходите средно на лице в домакинството. Така например, постепенно намалява дялът на разходите за храна – от 39.8% през 2001 г. на 34.9% през 2008 година, но той продължава да е сравнително висок. Намалява и дялът на разходите за данъци, което е резултат от въвеждането на плоския данък от началото на 2008 г. – от 4.1% (2000 г.) на 3.3% (2008 г.). Дялът на разходите, свързани с образованието, свободното време и отдиха, е между 3.7% и 3.9%. за периода 2000 – 2008 г, и бележи увеличение спрямо периода преди 2000 г. (около 1.8%). Увеличават се и разходите за жилища, вода, електроенергия и горива (най-вече поради увеличените цени на тока и водата) – от 8.8% на 13.9%.

4.1.2. Заетост на населението

Безработицата е един от най-важните фактори, пораждащи бедност. Нивото на бедност сред безработните лица е 21.4% през 2008 г., докато сред заетите е едва 5% за същата година²⁶.

Въпреки забавянето на икономическата активност през 2008 г. в резултат на световната икономическа криза заетостта продължава да расте, макар и с по-бавни темпове (Фиг. 17).

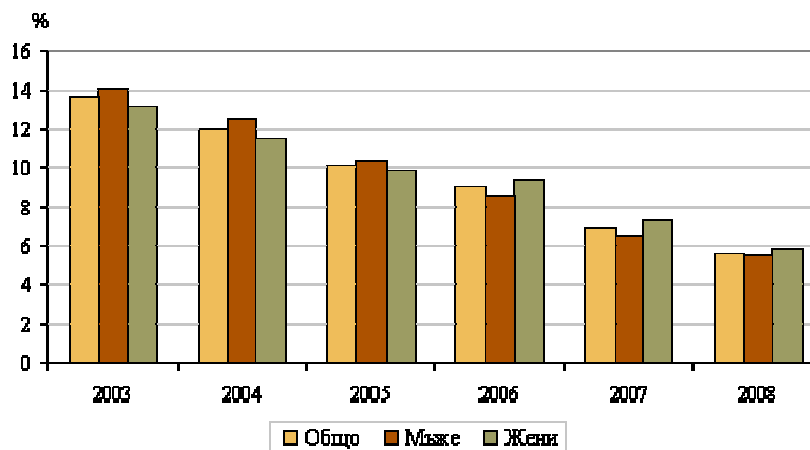
Фиг. 17. Коефициенти на заетост за възрастовите групи- 15 - 64 и 55 - 64 навършени години



Изт. НСИ

Според данните на НСИ, в края на 2008 г. броят на заетите е 3 360.7 хил. души - с 0.03 пункта по-висок спрямо 2007 г.²⁷. Тенденцията за намаляване на безработицата у нас се запазва и през 2008 г., като за това роля изиграха положителните тенденции в развитието на икономиката и предлаганите активни програми и мерки на пазара на труда (Фиг. 18).

Фиг. 18. Коефициенти на безработица общо и по пол



Изт. НСИ

Според данните на НСИ, за 2008 г. броят на безработните лица е 199.7 хил. души, а коефициентът на безработица е 5.6% или с 1.3 пункта по-нисък в сравнение с 2007 г.

²⁶ По данни на НСИ: <http://www.nsi.bg/BudgetHome/BudgetHome.htm>

²⁷ ЦИР: Икономиката на България, април 2009 г., стр. 19

Същевременно коефициентът на младежката безработица (15 – 24 навършени години) е 12.7%²⁸.

Основните групи безработни лица, към които е насочена активната политика на МТСП, са продължително безработните лица, младежите до 29-годишна възраст, безработните лица над 50-годишна възраст, безработните лица с намалена работоспособност, безработните лица с ниска степен на образование, без специалност и професия, както и безработните жени. Един от най-големите проблеми на трудовия пазар е високият дял на продължително безработните в общия брой безработни лица, които през 2008 г. са 103.4 хил. Продължителната безработица²⁹ обезсърчава лицата, останали за дълъг период без работа и намалява цялостната икономическа активност на населението. Това води до намаляване на ефективността на използване на потенциалния трудов ресурс.

През 2008 г. се наблюдава нарастване на заетостта на лицата над 55-годишна възраст. За сравнение, коефициентът на заетост за тази възрастова група е 46.0%, който е с 3.4 пункта по-висок спрямо 2007 г. От стратегическа гледна точка и предвид намаляването на работната сила през следващите години, удължаването на трудовия живот се превръща в приоритет на политиката по заетостта, който съвпада с една от целите на пенсионната реформа.

4.1.3. Образование

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация чрез предоставяне на възможност за равен достъп до предучилищна подготовка и основно образование за всички хора в страната. Образователната система в България е институционално добре интегрирана. Системата на просветата включва детски градини, училища и обслужващи звена в училищната мрежа. Образованието е задължително за децата между 7 и 16 години. От учебната 2003/2004 г. става задължителна и предучилищната подготовка.

По данни на НСИ за 2008 г., нетният коефициент на записване в началното образование е 94.6%³⁰. В сравнение с предишни години все по-малко деца в селата завършват средно образование и разликата в достъпа до образование на градските и селските деца става все по-отчетлива. Живеещите в селски райони деца получават три години по-малко образование в сравнение с тези, живеещи в града.

Равнището на безработица е много по-високо сред лицата с по-нисък образователен ценз. По данни на НСИ, за 2008 г. броят на безработните с основно и по-ниско образование е както следва: мъже – 45.2 хил.; жени – 39.8 хил. души. Общо, това съставлява приблизително 43% от броя на безработните в страната. Данните за лицата с висше образование за същия период са: мъже – 7.1 хил.; жени – 13.0 хил. души³¹.

Посещаемостта също е свързана както с доходите, така и с отдалечеността на училището от населеното място на детето. Колкото по-отдалечени в географски смисъл са училищата (вероятността от отдалеченост нараства с увеличение на етапа на образование), толкова по-вероятно е непосещаването и отпадането на учениците от училище.

Съобразяването с нормативните разпоредби за капацитета на училищата налага закриване на ненатоварени училища, предимно в малки населени места, но това не винаги е най-доброто решение, защото предизвиква лавинообразни проблеми: миграция на млади семейства с деца, на специалисти с висше образование, застаряване на селското население, обезлюдяване на цели райони.

²⁸ По данни на НСИ: <http://www.nsi.bg/Labour/Labour.htm>

³⁰ По данни на НСИ: <http://www.nsi.bg/SocialActivities/Education.htm>

³¹ НСИ: България 2009, стр. 15

4.2. Рискови фактори

Една от причините за описаното здравно състояние на населението е и неговата натовареност с редица фактори на риска (ФР). Едни от тези фактори се обуславят от икономическото развитие на страната, други от условията на живот, които формират поведенческите фактори на риска за здравето (тютюнопушене, начин на хранене, злоупотреба с алкохол, ниска двигателна активност и др). Те от своя страна водят до възникването на редица биологични фактори на риска (хипертония, хиперхолестеролемия, затлъстяване и др) и развитието на редица тежки заболявания, водещи често до смъртен изход. Изследвания на представителни извадки от населението в страната, в широк възрастов диапазон и местоживеене за ФР, по сравним инструментариум почти няма. Практиката използва резултатите от изследвания на НСИ през 1996 г. и 2001г. През 2007г. НЦООЗ и НСИ проведеха национално изследване за ФР за здравето на населението в активна възраст, което предостави за първи път представителни данни за страната в тази насока. С висока стойност (и международно-сравними) са и резултатите от изследванията по програма СИНДИ-България (1997-8 г. 2002 г. и 2007 г.) върху три извадки по 10 – 13 000 мъже и жени в активна възраст.

В резултат на тези изследвания могат да се съобщят следните факти:

4.2.1. Тютюнопушене

Тютюнопушенето в България е широко разпространено и нараства, подчертано при жените и в младата възраст. Националното изследване през 2007 г. сред лица на възраст 25-64 г. от градовете и селата, показва, че редовно пушат 46.6% от мъжете и 32.7% от жените³². Мъжете в селата пушат по-често от тези в градовете (52.0%/44.6%), а жените в градовете по-често от жените в селата (32.7%). Голям проблем е тютюнопушенето в младата възраст. Проучване през 2008 г.³³ сред ученици на възраст 13-15 г. установява, че настоящи пушачи са 28.2% от анкетираните, с около 5% по-малко в сравнение с проучването през 2002 г.³⁴ Редовни пушачи са 16.8% от момчетата и 11.7% от момичетата. Първата си цигара в 21.2% от случаите децата са запалили преди да навършат 10 години, като този показател е с 2.4% по-голям в сравнение с 2002 г. Склонни да пропушат през следващата година са 31.2% от непушачите. Друго проучване през 2008 г. в рамките на ESPAD сред 16-годишни момчена и момичета показва, че настоящи пушачи са 28.0% от момчетата и 34.0% от момичетата, като 1/3 от тях са запалили първата си цигара на възраст под 13 години³⁵. Данните са твърде тревожни.

Данните от програма СИНДИ показват, че почти всеки пети пушач е с хипертония, над половината от тях са с наднормено тегло и близо 1/3 - със затлъстяване, а 40.0% са с ниска двигателна активност³⁶.

Резултатите от изследванията дават възможност да се предположи, че в страната има към **3 милиона** пушачи, носители на огромен риск за здравето, като по честота на тютюнопушене страната е на първо място в Европа.

³²Национално изследване на факторите на риска за здравето, свързани с начина на живот сред населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

³³ Манолова А., Разпространение на тютюнопушенето в училищна възраст – сравнителен анализ на резултатите от Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора, България, 2002 и 2008 г., БСОЗ, кн.2, 2009

³⁴ Manolova A. Global Youth Tobacco Survey, Bulgaria – prevalence, knowledge and attitudes to smoking. Archives of Hellenic Medicine, 2006, 23(5):507–513).

³⁵ The 2007 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 35 European Countries, Stockholm, 2009

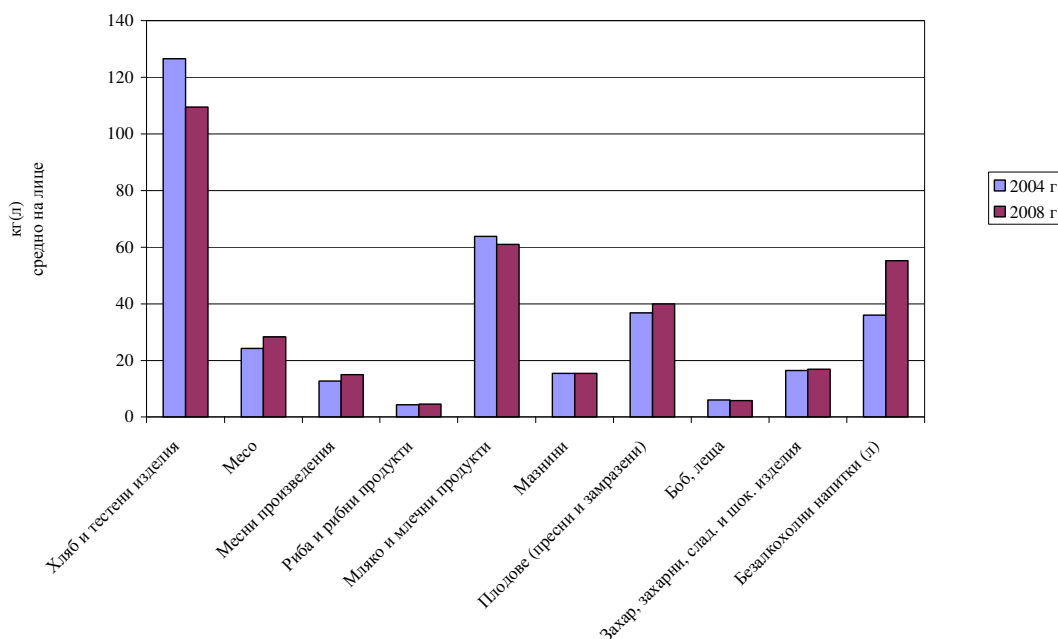
³⁶ CINDI Health Monitor' 2007 - Изследване на факторите на риска за здравето на населението в зоните на програма СИНДИ, НЦООЗ, 2009

4.2.2. Хранене

Моделът на хранене и хранителният статус представляват ключови детерминанти на здравето и са един от фокусите на превантивната стратегия за редукция на риска от хронични неинфекциозни заболявания с мултифакторна етиопатогенеза. Анализът на хранителния модел на базата на бюджетите на домакинствата³⁷ с представяне на данните средно на лице за година (per capita) за периода 2004 – 2008 г. показва тенденциите в хранителната консумация на населението в България (Фиг.19). За посочения период намалява консумацията, среднодневно на лице, на *мляко и млечни произведения* – от 174 г през 2004 г. на 167 г през 2008 г., като се наблюдава тенденция за намаляване потреблението на прясно мляко. Запазва се съществуващата и в предишни години тенденция за увеличаване консумацията на кисело мляко и млечни продукти. Трайно се запазва тенденцията за намаляване потреблението на *хляб и тестени изделия*, като през 2004 г. консумацията е 126.6 кг средно на лице, а през 2008 г. – 109.5 кг средно на лице. Запазва се ниско потреблението на *риба и рибни продукти*, като се наблюдава тенденция за леко повишаване консумацията на риба от 11.7 г среднодневно на лице през 2004 г., на 12.6 г среднодневно на лице през 2008 г. Не се запазва положителната тенденция от предишни години за повишаване на консумацията на бобови храни и се очертава тенденция за намаляване потреблението на *боб и леща*, което средно на лице през 2004 г. е 6.0 кг, а през 2008 г. – 5.8 кг. Наблюдава се тенденция за повишаване потреблението на *месо и месни продукти* – през 2004 г. среднодневната консумация на лице на месо е 66.3 г., на месни продукти – 34.8 г., а през 2008 г. нараства съответно до 77.5 г месо и 41.1 г месни продукти. Потреблението на *добавени мазнини* за периода 2004 – 2008 г. се запазва – 15.4-15.5 кг средно на лице, като се наблюдава тенденция за намаляване дела на свинската мас за сметка на леко увеличаване на консумацията на растителни масла и маргарини. Наблюдава се и тенденция за леко увеличение в потреблението на *захар, захарни, шоколадови и сладкарски изделия* – от 16.5 кг средно на лице през 2004 г. на 16.9 кг средно на лице през 2008 г., като се наблюдава повишаване на консумацията на сладкарски, захарни и шоколадови изделия за сметка намаляване потреблението на захар. Наблюдава се значително повишаване в потреблението на *безалкохолни напитки* средно на лице – от 36.0 кг през 2004 г. на 55.2 кг през 2008 г. Средният дневен прием на *плодове и зеленчуци* за лице се запазва нисък и е под препоръчваните нива от 500 г на ден, въпреки че се наблюдава тенденция за леко повишение в консумацията на пресни и замразени плодове и зеленчуци – потреблението на плодове средно на лице през 2004 г. е 36.8 кг, а през 2008 г. – 39.9 кг, а потреблението на зеленчуци съответно се повишава от 60.7 кг през 2004 г., до 65.2 кг през 2008 г.

³⁷ НСИ, 2008

Фиг. 19. Потребление на основни хранителни продукти от домакинствата (средно на лице), 2004 г. и 2008 г.



Данните от проведените през последните години (1997-2008 г.) от НЦООЗ, съвместно с РИОКОЗ, шест представителни за страната проучвания за хранителния прием и хранителния статус на населението над 1-годишна възраст, диференцирани по възраст и пол, очертават основните проблеми в храненето. Средният енергиен прием обичайно е по-висок от потребностите на изследваните популационни групи, с изключение при децата до 14 г. и младите жени (18-30 г.), при които се наблюдава и по-висока честота на поднормено тегло. Среднодневният белтъчен прием е в рамките на препоръчаните нива от 10-15 E%. Наблюдава се покачване на относителния енергиен дял на прием на общи мазнини и наситени мастни киселини, рискови фактори за висок холестерол, повишен LDL-холестерол и ССЗ. През 1998 г. е установен прием на общи мазнини от 36E%, който през 2004 г. достига 39E%, със стабилна тенденция на покачване и през 2008 г. Приемът на наситените мастни киселини съответно е над рисковите нива от 10E%. Висок е и приемът на полиненаситени мастни киселини, което също крие здравни рискове във връзка с лесното им окисление и вредното действие на липидните пероксиди. При всички популационни групи над 1-годишна възраст е нисък средният дневен прием на фолиева киселина, витамини В₂, В₁, В₆, витамин С през зимата и пролетта, както и на минералите калций, желязо, цинк и магнезий. Рискови по отношение на ниския прием на витамини и минерали са групите на децата, младите жени, бременните жени, старите хора и лицата с ниски доходи.

Оценката на хранителния статус на базата на антропометричния индикатор – индекс на телесна маса, показва тенденция на покачване на преваленса на свръхтегло и затлъстяване (ИТМ 25-29.9 респ. ИТМ \geq 30 kg/m²), рискови фактори за ССЗ, диабет тип 2, някои форми на рак и др. Относителният дял на лицата с наднормено тегло нараства и при двата пола, като преваленсът на затлъстяване през 2004 г. достига 21.3% при мъжете и 16.7% при жените. Националното изследване през 2007 г. установи, че 45.9% от изследваните мъже и 30.7% от жените са със свръхтегло, а съответно 24.6% и 24.4% – със затлъстяване³⁸. Изследването в рамките на програма СИНДИ през 2007 г. върху

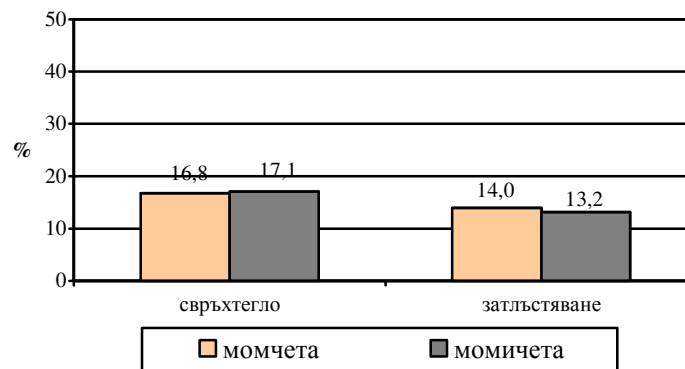
³⁸ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

10 500 мъже и жени в активна възраст показва, че със свръхтегло са 45.9% от мъжете и 30.7% от жените, а със затлъстяване съответно 24.6 и 24.4%.

Изследванията дават възможност да се предположи, че на този етап в страната има **над 3 милиона мъже и жени с ИТМ ≥ 25 кг/м².**

Данните от оценката на честотата на свръхтегло и затлъстяване по антропометрични индикатори (ИТМ кг/м²)³⁹ при изследваните деца (на възраст 7-8 години) са тревожни. Наднорменото тегло се наблюдава при 30.8% при момчетата и 30.3% при момичетата, като със свръхтегло са 16.5% от момчетата и 17.1% от момичетата, а със затлъстяване съответно 14% от момчетата и 13.2% от момичетата (Фиг. 20).

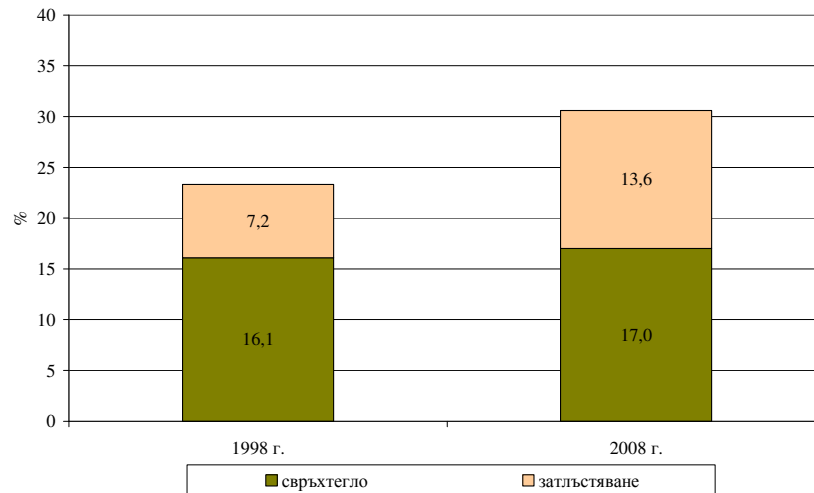
Фиг. 20. Честота на разпространение на наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване) при ученици на 7-8 години, 2008 г.



Наблюдава се тенденция за увеличаване на разпространението на затлъстяването при децата у нас. Данните от националното представително проучване на храненето и хранителния статус на учениците в България, проведено през 1998 г. показва, че при децата на 7-8 годишна възраст с наднормено тегло са 23.3%, като 7.2% от тях са със затлъстяване, докато при проведеното през 2008 г. изследване при същата възрастова група наднорменото тегло се е увеличило и се наблюдава при 30.6% от изследваните деца, като 13.6% от тях са със затлъстяване (Фиг. 21). Нездравословният модел на хранене, свръхконсумация на високоенергийни храни и ниската физическа активност са основните рискови фактори за свръхтегло и затлъстяване.

³⁹ Национално представително епидемиологично проучване на антропометричния статус и хранителния прием при деца и ученици, 2008г.

Фиг. 21. Честота на разпространение на наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване) при ученици на 7-8 години, 1998 г. и 2008 г.



През 2008 година в рамките на Националната програма за предотвратяване и елиминиране на йод-дефицитните нарушения (ПМС №96/1994 г.) с участието на МЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ и лечебни заведения, е проведено национално проучване върху рискови популационни групи (ученици, бременни жени и небременни жени в репродуктивна възраст) за оценка на ефективността на профилактиката с йодирана сол и преваленса на йоден дефицит. Проучването на нивата на йодурия – биомаркер на йоден прием, в осем ендемични региона и две области без йоден дефицит, показва адекватен йоден прием и нутритивен йоден статус на базата на прилагане на международни критерии на СЗО (Таблица 2 в Приложението).

4.2.3. Злоупотреба с алкохол

Изследването на НЦООЗ⁴⁰ и НСИ⁴¹ през 2007 г. установи, че 82.0% от мъжете и 48.0% от жените у нас употребяват алкохол. Делът на мъжете консуматори е почти равен на този през 2001 г. (81.0%), а при жените е по-нисък. Ежедневно употребяващите алкохол мъже са 39.5%, а жените - 7.3%. Резултатите показват също, че с алкохола злоупотребяват 21.5% от мъжете и 7.0% от жените в активна възраст. В селата злоупотребата с алкохол е по-честа при мъжете, а в градовете - при жените. Чести са съчетанията при злоупотребяващите с алкохол с хипертония, затлъстяване и ниска двигателна активност, тютюнопушене и др. фактори, което увеличава риска за здравето.

През 2007 г. изследването в рамките на проекта ESPAD⁴² показва, че 87.0% от младежите на възраст 16 години (89.0% от момчетата и 84.0% от момичетата) са опитали някакъв алкохол. Първият опит за консумация на алкохол (бира) в 63.0% от случаите е бил на възраст под 13 години. За пияно състояние (до степен на интоксикаране) през живота си съобщават 53.0% от изследваните. За напиване през последните 30 дни съобщават 21.0% от момчетата и 18.0% от момичетата. Тези данни повдигат много въпроси, свързани с алкохола и здравето на младите.

По данни на НСИ лицата с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на злоупотреба с алкохола, наблюдавани от психиатричните диспансери, са 205.5%⁰⁰⁰⁴³.

⁴⁰ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

⁴¹ НСИ, Преброяване на населението, Т 6, Извадкови изследвания, кн.4, Здравно състояние на населението, Статистика, 2002, с 28-29

⁴² The 2007 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 35 European Countries, Stockholm, 2009

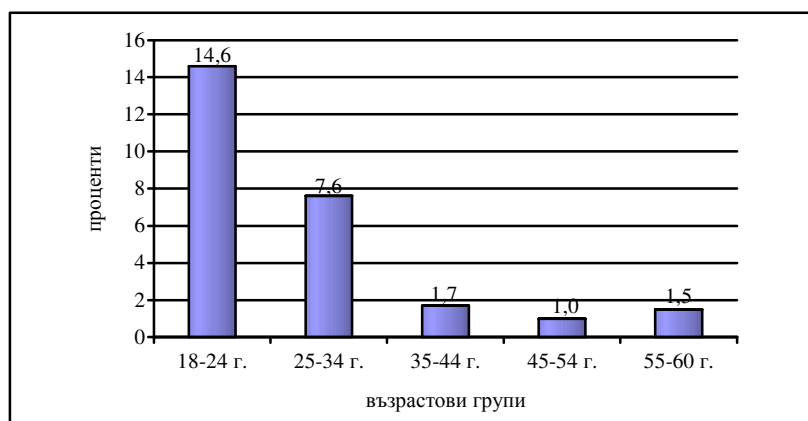
⁴³ „Здравеопазване“, публикация на Националния статистически институт и Националния център за здравна информация към Министерството на здравеопазването, 2008, 63, 164, с. 165)

Данните от изследванията позволяват да се предположи, че в страната има **над 300 000 души зависими** от алкохола, нуждаещи се от лечение и грижи на обществото.

4.2.4. Вредна употреба на наркотични вещества

През 2005 г. е проведено представително национално проучване сред общото население (1 037 лица на възраст 18-60 години от 86 населени места), посветено на употребата и нагласите към различни психоактивни вещества. Данните показват, че 5.2% от възрастното население в страната е опитвало някакъв наркотик поне веднъж в живота си (около 225 000-235 000 лица). По данни на проучване само сред ученици⁴⁴ от 9 до 12 клас в българските училища, не по-малко от 90 000-95 000 ученици поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотични вещества или около **345 000-360 000 български граждани от 15 до 60 години имат минимум една употреба на наркотик през живота** (Фиг. 22).

Фиг. 22. Употреба на какъвто и да е наркотик поне веднъж в живота сред общото население в България, по възрастови групи (%)



Наличните данни и продължителните наблюдения показват, че в България *хероинът е вещество, което е най-силно свързано с проблемната употреба на наркотици* (над 90 % от търсилите лечение в специализираните звена са го посочили като основно вещество). *Броят на проблемно употребяващите хероин през последните няколко години остава сравнително постоянен и стабилен – 20 000 и 30 000, с леки индикации за започващо намаляване.*

Според оценки на експерти, вероятният брой на *проблемно употребяващите кокаин за цялата страна се оценява на около 1 000-2 500, а тези на амфетамини и други стимуланти – на около 2 000-3 500 лица.*

Към края на 2008 г. в страната функционира 29 субституиращи и поддържащи програми с общ брой места 5 110, от които 3 885 за лечение с Метадон хидрохлорид и 1 225 места за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол). Програмите са разкрити и работят в различни градове.

Съществуват и програми за рехабилитация и ресоциализация за лица, зависими към наркотични вещества - моделът DRUG FREE, тип „Дневен център за рехабилитация” и тип „Терапевтична общност”. Към момента на територията на

⁴⁴ Националното представително социологическо проучване “Употреба на алкохол и други наркотици в българските училища (9-12 клас)”, екип от НЦН и НЦОЗ по методиката на ESPAD, м. май 2003 г., общ брой анкетиранни - 1400 ученици от 75 паралелки в общообразователни и специализирани училища в България.

страната се осъществяват 7 програми за рехабилитация и ресоциализация с общ капацитет 125 места.

4.2.5. Ниска физическа активност

През последните десетилетия *двигателната активност* намалява постепенно⁴⁵. По данни на НЦООЗ⁴⁶ за 2007 г. 80.0% от изследваните лица в активна възраст са с ниска двигателна активност през свободното време; изобщо не правят физически упражнения 74.0% от анкетираните; престояват повече от пет часа на ден в седнало положение 44.3% и значителна част съобщават за повишено артериално налягане и повишен холестерол, а за затлъстяване - над половината от тях.

Посочените изследвания дават възможност да се предположи, че **2/3 от населението** в страната е с ниска двигателна активност, която създава риск за здравето.

Най-голямо практическо значение в групата на *биологичните фактори* на риска имат артериалната хипертония, дислиппротеинемията и диабетът.

4.2.6. Рисково сексуално поведение

България е сред страните с най-висока честота на аборти и бременност във възрастта 15-19 години. Моделите на контрацептивно поведение във възрастта 15-49 г. са свързани с прекъснат полов акт (44.2%), спирала (22.9%) и презерватив (18.7%). Употребата на хормонална контрацепция е популярна сред по-малко от 10% от българските жени (9.8%)⁴⁷.

Изследване на знанията, нагласите и поведението в сферата на сексуалността в младежка възраст показва сравнително ниско ниво на знания по отношение на основните факти и заблуди, свързани с ХИВ – само 19 % от младите хора на възраст 15-24 години дават коректни отговори на въпросите от сборния индикатор на UNGASS за HIV⁴⁸.

Едновременно с това, делът на младите хора на възраст 15-24 г., които имат повече от един сексуален партньор през последните 12 месеца и са използвали презерватив при последния си полов акт, нараства и в момента е 59.6%.

Посочените факти насочват вниманието към необходимостта от включването и на други ведомства и преди всичко на Министерството на образованието в националния отговор по отношение на здравето на учениците (само 5.8% от училищата са предоставяли здравно образование за ХИВ/СПИН през последната учебна година).

4.2.7. Артериална хипертония

Артериалната хипертония е с нарастваща честота сред населението на страната. Изследването на МЗ през 1985-86 г. сред лица на възраст 20-84 години намира хипертония ($\geq 160/95$ ммHg) при 13.5% от мъжете и 15.0% от жените⁴⁹. През 1997-98 г. представително изследване в рамките на програма СИНДИ съобщава за честота на хипертонията ($\geq 140/90$ ммHg) при 43.0% от мъжете и 39.0% от жените на възраст 25-64г. Изследване отново в рамките на същата програма през 2007 г. установява хипертония ($\geq 140/90$ ммHg) у всеки 3-ти мъж и всяка 4-та жена в тази възраст⁵⁰. През изминалия период в зоните на програмата са проведени огромен брой мероприятия за контрол на хипертонията, съдействали за намалението ѝ.

⁴⁵ Vassilevsky N. CINDI- Bulgaria programme development, Report 2000

⁴⁶ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

⁴⁷ Изследване на честотата и причините за безплодитето в България, UNFPA, 2007 ,

⁴⁸ Наонален доклад за напредъла в изпълнението на декларацията за ангажираност по проблемите на ХИВ/СПИН, Национален комитет по профилактика на СПИН и ППБ към МС, 2008

⁴⁹ Мерджанов Ч. Едно компрометиращо първенство, С, СУ, 1995

⁵⁰ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

Изследванията установяват чести съчетания на хипертонията с други фактори на риска - затлъстяване, повишен холестерол в серума и тютюнопушене, ниска двигателна активност и други, увеличаващи риска за здравето на хипертониците.

Екстраполацията на резултатите от програма СИНДИ дават възможност да се предположи, че в страната има над 2 млн. хипертоници. Тревожен факт е, че всеки четвърти мъж и девета жена не са измервали никога артериалното си налягане.

4.2.8. Повишено серумно ниво на холестерола

Повишеният серумен холестерол е един от важните фактори на риска за здравето. Изследвания в рамките на международната програма СИНДИ показват, че през 2007 г. с повишени стойности на холестерол (>6.2 ммол/л) са 19.5% от мъжете (21.5% през 1998 г.) и 20.0% от жените (20.9% през 1998 г.) на възраст 25-64 г. Екстраполирането на тези резултати (вкл. лицата с умерено повишен холестерол) показва, че всеки втори мъж и жена у нас на възраст 25-64 г. са с холестерол в серума над 5.2 ммол/л., или общият брой е **над 2 200 000** души. С триглицериди над 2.2 ммол.л са 17.9% от мъжете и 8.5% от жените. Много често е съчетанието на повишен холестерол с повишено артериално налягане, повишен индекс на телесна маса и тютюнопушене, като при над 60.0% от мъжете комбинацията е дву или трифакторна⁵¹. Никога не са изследвали холестерола си всеки втори мъж и всяка втора жена.

4.2.9. Диабет

Диабетът придобива епидемични размери. Сред хроничните неинфекциозни заболявания той е с най-голямо нарастване. Честотата му е увеличена над четири пъти за последните 10 години. Предполага се, че броят на болните у нас е към 512 000 души. Около 635 000 души са в състояние на “предиабет”. При децата на възраст до 14 г. заболяемостта достига до 9.3 ‰.

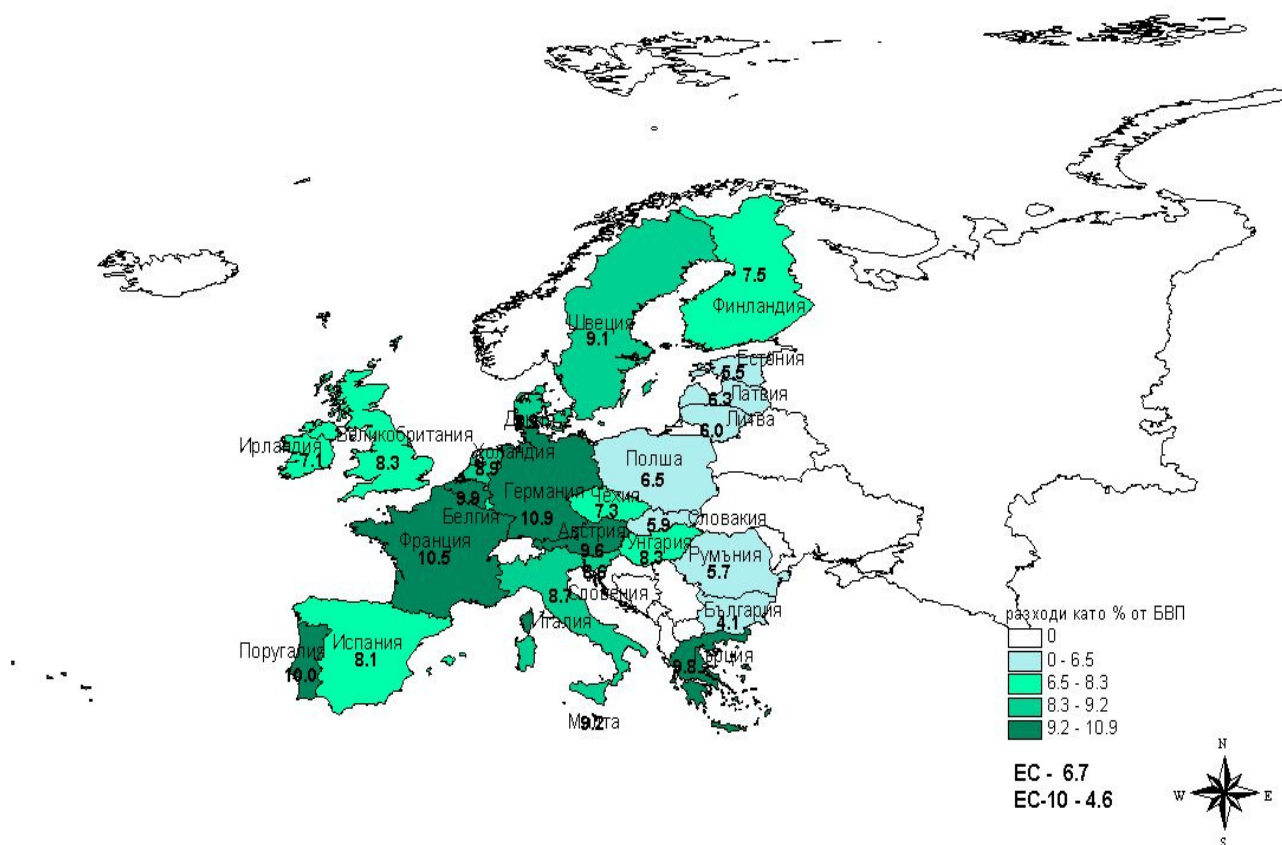
⁵¹ CINDI Health Monitor' 2007 - Изследване на факторите на риска за здравето на населението в зоните на програма СИНДИ, НЦООЗ, 2009

ВТОРИ РАЗДЕЛ: ЦЕНАТА НА ЗДРАВЕТО

1. РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

През 2008 г. публичните разходи за здравеопазване у нас нарастват в абсолютен размер (2 830.8 млн. лв срещу 2 373.3 млн. лв за 2007 г.), но продължават да възлизат само на 4.2% от БВП⁵². Независимо от предприетите реформи в сектора през последното десетилетие, по този показател България продължава да е на последно място сред 27-те страни-членки на ЕС, които отделят средно 6.7% от БВП за здравеопазване (Фиг. 23).

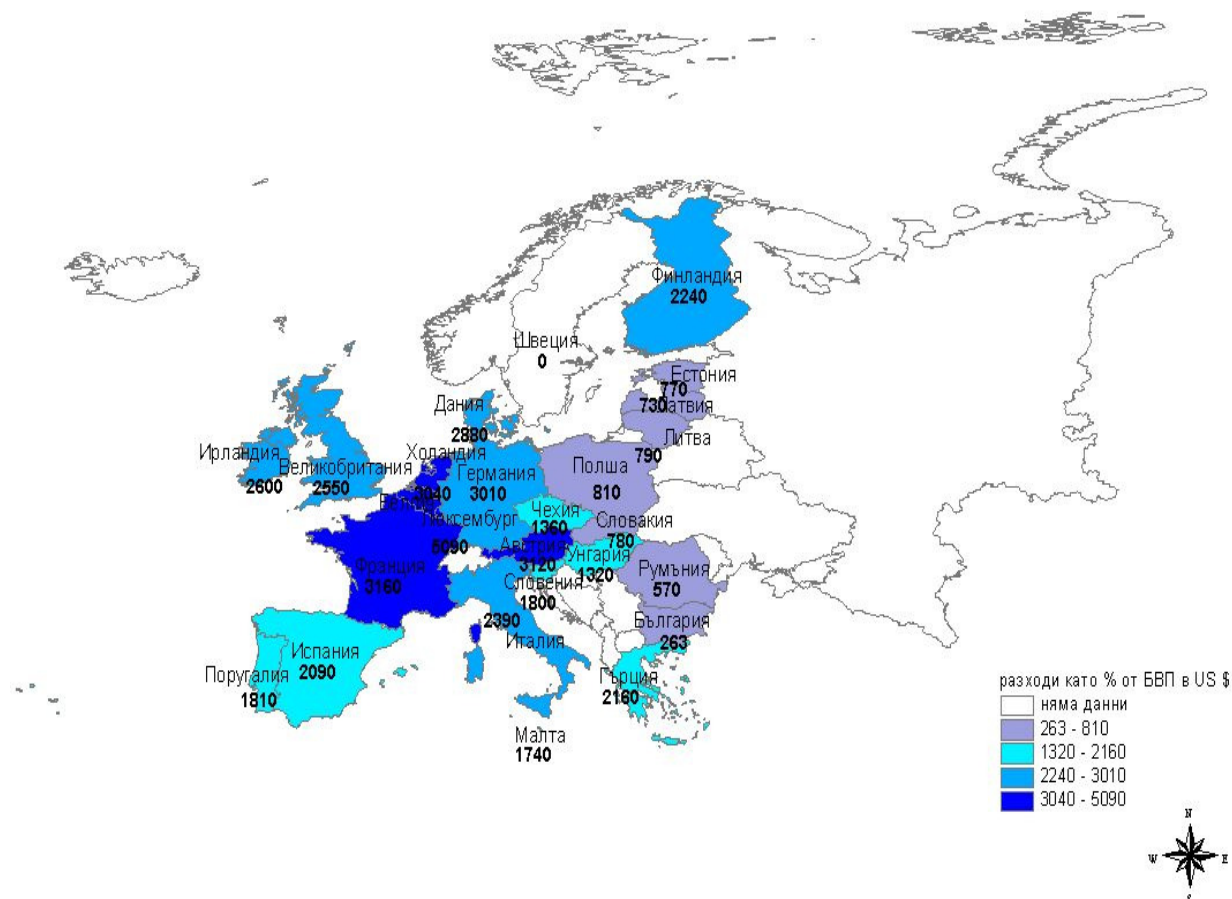
Фиг. 23. Разходи за здравеопазване в 27-те страни на ЕС като % от БВП



Разходите за здравеопазване на човек са \$265 за 2008 г., което е значително под най-ниското ниво в страните от ЕС. Средно в ЕС на човек от населението се отделят \$2 014 за здравеопазване, като най-нисък е размерът в Румъния (\$570). Следователно в България и по този показател здравните разходи продължават да бъдат с най-ниски стойности сред общността (Фиг. 24).

⁵² Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236> (05.10.2009 г.)

Фиг. 24. Разходи за здравеопазване в 27-те страни на ЕС като % от БВП в USD



Размерът на здравните разходи се определя от нивото на икономическо развитие в една страна. Според експерти, всеки 1% нарастване на националния доход води до малко повече от 1% нарастване на средствата, които се заделят за здравната система. Следователно колкото и средства да са предвидени за здравеопазване в една слабо развита страна, те ще бъдат недостатъчни да задоволят здравните потребности на населението.

2. ОТКЪДЕ ИДВАТ ПАРИТЕ?

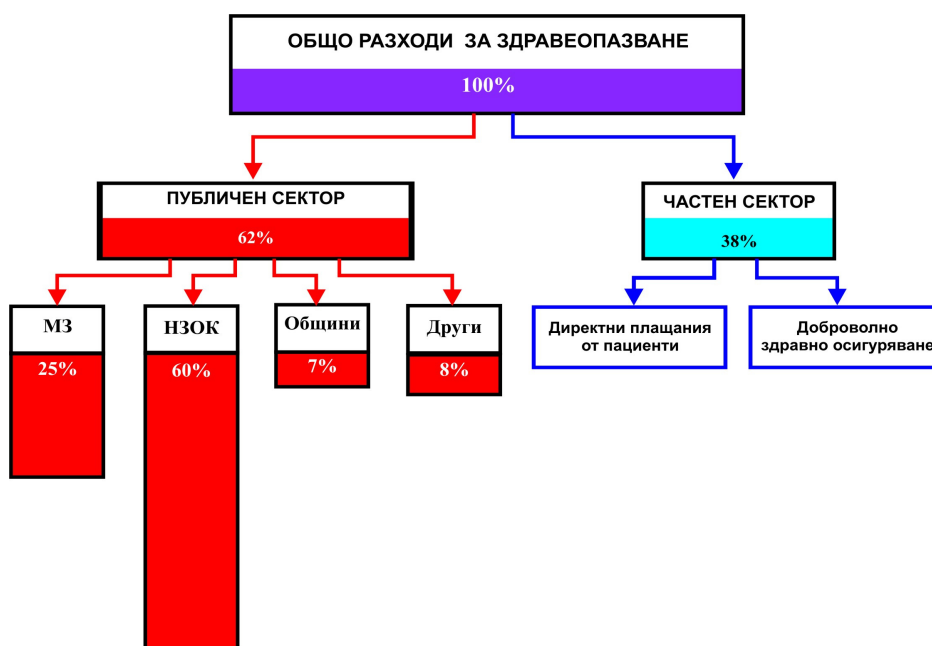
Публичният сектор продължава да играе важна роля във финансирането на здравеопазването у нас. През 2008 г. делът му в общите здравни разходи е 62%, като в резултат на политиката за преразпределение на разходните отговорности между преките субсидии от Държавния бюджет и финансирането на дейности от НЗОК се наблюдава превес на средствата от НЗОК. Това е в резултат на 100% финансиране на болничната дейност от НЗОК от 2006 г. досега (Табл. 2, Фиг. 25).

Таблица 2. Консолидиран държавен бюджет за здравеопазване

Консолидиран държавен бюджет за здравеопазване в хил. лв.			
Разходи / години	2006	2007	2008
<i>в т.ч.:</i>			
МЗ	410 400	539 700	698 900
НЗОК	1 317 526	1 495 195	1 696 318
Общини (вкл. ИБСФ)	143 154	172 091	213 407
Други	151 450	166 336	222 187
Общо разходи за здравеопазване	2 022 530	2 373 322	2 830 812

Източник: Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г.; Данни на НСИ, Национални здравни сметки, 2006-2008 г.

Фиг. 25. Общо разходи за здравеопазване



Личните и споделени осигурителни вноски на гражданите, които се заплащат от brutната работна заплата като задължително участие в единната солидарна здравноосигурителна система, са един от основните източници за финансиране на здравеопазването. Те формират основните приходи на НЗОК (Табл. 3).

Таблица 3. Отчет за касовото изпълнение на закона за бюджета на нзок за 2008 година (в хил. лв.) към 31.12.2008 година в хил. лева

№ по ред	ПОКАЗАТЕЛИ	Отчет за касовото изпълнение към 31.12.2008 г.	% на изпълнение спрямо ЗБНЗОК 2008 г.	% на изпълнение спрямо уточнен план 2008 г.
1	2	3	4	5
I	ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ - ВСИЧКО	1 793 835	106,4%	101,3%
1	Здравноосигурителни приходи в т.ч.:	1 560 656	108,5%	102,4%
1.1.	Здравноосигурителни вноски	1 107 859	114,5%	105,3%

Източник: НЗОК, Отчет за касовото изпълнение на бюджета, 2008 г.

Според експерти, от средата до края на 2008 г. броят на неосигурените лица е спаднал с около 32 хил. души или с около 3% от общия брой неосигурени. Това се обяснява с увеличаването на заетостта и/или намаляването на сивата икономика в резултат на икономическото развитие и данъчните реформи⁵³.

Независимо, че се наблюдава относително повишаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски (през 2008 се наблюдава преизпълнение с 14.5% спрямо предвидените със ЗБНЗОК 2008 г.), към 31 декември 2008 г. 965 хиляди или 12.67 на сто от лицата, избрали личен лекар (7 615 хил.), са с прекъснати осигурителни права, по смисъла на чл. 109 на ЗЗО. Влияние върху събираемостта на приходите оказват следните фактори:

- ✓ Висока зависимост на приходите от демографския профил в страната – отрицателен естествен прираст, нова емиграционна вълна. Застаряването и емиграцията демотивират участието на младите поколения в солидарната система на здравно осигуряване.

- ✓ Непълен обхват на осигурените – неформална заетост, висок дял на сенчестата икономика.

- ✓ Икономически профил на страната – отрицателен растеж, фалити в реалния сектор.

Бюджетът на НЗОК се приема ежегодно от Народното събрание със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК).

Финансирането на здравеопазването от общините и други министерства ведомства запазва своя дял от 7-8% за последните три години.

Ниският размер на публичните разходи за здравеопазване, които се отделят от БВП, води до увеличаване на директните плащания от страна на пациентите в момента на потребяване на дадена здравна услуга. В сравнение с другите държави-членки на ЕС, дялът на плащанията със собствени средства в България е значително по-висок, докато публичните разходи за здравеопазване на относително ниски (Табл. 4).

Таблица 4. Избрани икономически показатели: България и ЕС

Показател	България	ЕС – 10	ЕС
Държавни разходи за здравеопазване като % от БВП	4.2	4.6	6.7
Плащания със собствени средства като % от общите средства за здравеопазване	38	25	17

Източник: Доклад на Световната банка, 2008

Забележка: ЕС – 10 включва Естония, Латвия, Литва, Полша, Чешката република, Словакия, Унгария, Словения, Румъния и България

Един от основните проблеми в здравната ни система през последните няколко години е свързан с нерегламентираните плащания, които не само нарушават основните принципи и ценности на съвременното българско общество, но и увеличават социалното бреме за населението. Проучване на институт «Отворено общество» за размера на неформалните плащания на населението през 2006 г. показва, че той възлиза на 160 129 443 лв.⁵⁴ Следователно значителна част от насочения към здравеопазването финансов ресурс не може да бъде обхванат от официалната статистика и не позволява да се определят с по-голяма точност действителните здравни разходи.

⁵³ Институт „Отворено общество. „Здравноосигурените и здравното осигуряване в България“. (2009). Доклад

⁵⁴ Институт „Отворено общество. „Здравноосигурените и здравното осигуряване в България“. (2009). Доклад

3. ЗА КАКВО СЕ ХАРЧАТ ПАРИТЕ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ?

Прякото участие на МЗ във финансирането на здравната система следва изпълнението на стратегическите цели в рамките на следните основни политики:

1. Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве (осъществяване на ефективен здравен контрол и ограничаване на заболяемостта).
2. Политика в областта на диагностиката и лечението (осигуряване на достъпни и качествена медицинска помощ и услуги).
3. Политика в областта на лекарствата и медицинските изделия (осигуряване на навременен достъп до лекарства и медицински изделия, които отговарят на стандартите за качество, безопасност и ефективност).

През анализирания период от бюджета на МЗ продължава приоритетното финансиране на програми, свързани с лечението и профилактиката на национално значими заболявания. Финансират се и дейностите, свързани с общественото здравеопазване и се осигуряват скъпоструващи лекарствени продукти и медицински изделия.

Министерство на здравеопазването субсидира лечебните заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие за:

- извършена диализна дейност;
- издадени експертни решения на ТЕЛК;
- извършени дейности по трансплантация;
- диспансерна дейност;
- лечение на активна туберкулоза на хоспитализирани лица;
- физикална терапия и рехабилитация на вътрешни болести с хронично протичане;
- амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и болнично лечение на пациенти със СПИН;
- оценка на здравословното състояние и поставяне на индикации за спешно състояни на пациента;
- интензивно лечение и др.

През 2008 г. размерът на тези средства възлиза на 160.3 млн. лв. при 101.9 млн. лв за 2007 г.⁵⁵

Съществен дял от разходите за здравеопазване по републиканския бюджет заемат разходите по централна доставка на лекарства, консумативи, диагностикуми, ваксини, материали за хемодиализа, кардиостимулатори, радиоактивни изотопи, тестове за СПИН и хепатит и др., които се осигуряват чрез бюджета на МЗ и гарантират ангажимента на държавата по отношение на лечението на онкоболни и други, страдащи от тежки хронични и социално значими заболявания. По отчет тези разходи възлизат на 130.3 млн. лв., от които 93.8 млн. лв са за скъпоструващи лекарства по Наредба №34/2005 г. за реда за заплащане от РБ на лечението на българските граждани за заболявания извън обхвата на ЗЗО⁵⁶.

Със средствата от държавната субсидия МЗ финансира и дейността на 28 РИОКОЗ и 28 РЦЗ. Освен това то финансира 12 психиатрични болници, 32 дома за медико-социални грижи за деца, 28 центъра за спешна медицинска помощ, 4 Регионални центъра за трансфузионна хематология, 7 Национални центъра и други самостоятелни вторични разпоредители с бюджетни кредити. Това са структури, които по закон

⁵⁵ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

⁵⁶ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

изпълняват контролни и лечебни функции, здравни програми и проекти от регионално и местно значение. Средствата за текущи разходи, които са предоставени на бюджетните организации, са в размер на 202.09 млн. лв. за 2008 г.

И през 2008 г. продължи тенденцията на увеличаване на дела на капиталовите разходи в системата на здравеопазването в съответствие с необходимостта от подмяна и модернизация на медицинското оборудване, ремонт и реконструкция на сградния фонд съобразно съвременните изисквания и стандарти за медицинска дейност. За 2008 г. капиталовите разходи, направени чрез бюджета на МЗ, възлизат на 190.2 млн. лв., вкл. предоставените допълнително в края на годината с Решение на НС 50 млн. лв. Общият размер на извършените капиталови разходи е 232.7 млн. лв., което представлява ръст от 32.4% спрямо 2007 г.⁵⁷

През годината лечебните заведения за болнична помощ към МО, МС, МДААР и МТ са изразходвали 917.1 млн. лв. за своята дейност, вкл. и заплатените от НЗОК средства по договори за изпълнени клинични пътеки⁵⁸.

По общинските бюджети за функция «Здравеопазване» са отчетени разходи в размер на 207.6 млн. лв.⁵⁹.

Според данни от Доклада на МФ, изразходваните средства през 2008 г. за субсидии за осъществяване на болнична помощ на диспансерите за онкологични, пневмофтизиатрични, психични и кожно-венерически болести, по стандарти за един преминал болен през различните видове диспансери, са в размер на 61.0 млн. лв.

Средствата за дофинансиране на сектора за 2008 г. по отчет са 4.9 млн. лв., от които 1.1 млн. лв. са били за субсидии за болнична помощ и 1.3 млн. лв. – за капиталови разходи⁶⁰.

При съществуващата нормативна уредба Министерство на здравеопазването определя дейностите, които ще се финансират от здравноосигурителните вноски на гражданите чрез Наредба № 40/2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и Наредба № 39/2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Разходите за здравноосигурителни плащания представляват 97.6 на сто от всички разходи на НЗОК. През 2008 година те са нараснали с 13.1 на сто или със 197 856 хил. лева спрямо 2007 година. Разпределението на бюджета на НЗОК е представено в Табл. 5 и Фиг. 26.

Таблица 5. Здравноосигурителни плащания за 2008 г.

Здравноосигурителни плащания за 2008 г. в млн. лв	Разходи	%
<i>в т.ч.:</i>		
за първична ИМП	131.2	7,92
за специализирана ИМП	140.3	8,47
за дентална помощ	77.0	4,65
за медико-диагностична дейност	53.5	3,23
за лекарствени средства	295.5	17,84
за болнична МП	957.2	57,80
за други здравноосигурителни плащания	1.4	0,08
ОБЩО	1 656.1	

Изт: Доклад за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК за 2008 г., Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г.

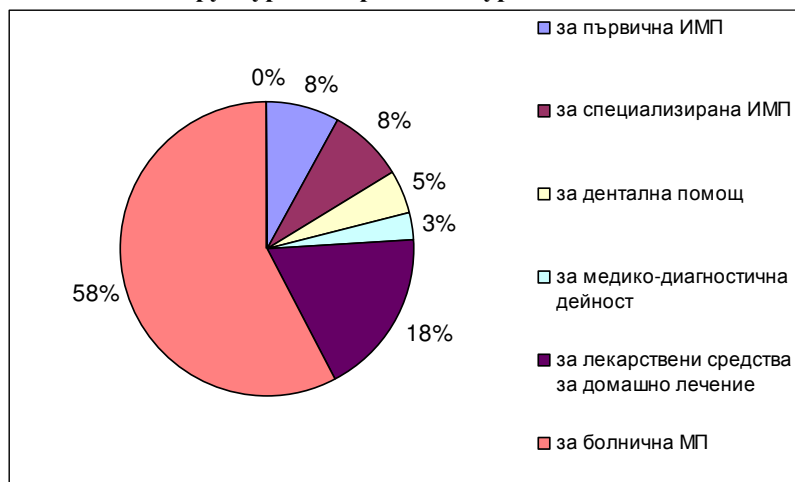
⁵⁷ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

⁵⁸ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

⁵⁹ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

⁶⁰ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

Фиг. 26. Структура на здравноосигурителните плащания



И през 2008 г. болниците продължават да бъдат най-големият консуматор на финансови ресурси, като поглъщат повече от половината от средствата за здравноосигурителни плащания на НЗОК. През последните години в този сектор се наблюдава бърз растеж в резултат на значително увеличаване на броя на лечебните заведения. Тази тенденция доведе до извършване на високи разходи и тяхното отклоняване от дейности с по-висок приоритет като първичната медицинска помощ и реимбурсирането на икономически по-ефективни лекарства. Също така, болничният сектор се характеризира с висока задлъжнялост през последните години. За анализирания период е налице тенденция на запазване на равнището на просрочените задължения на лечебните заведения (търговски дружества), субсидирани чрез бюджета на МЗ. По отчет тези задължения възлизат на 33.6 млн. лв. за 2008 г. при 32.2 млн. лв. в края на 2007 г.⁶¹

Делът на разходите за първична медицинска помощ е под 8% от бюджета на НЗОК, докато в Западна Европа делът на тези разходи е два пъти по-голям. Това е в противоречие с основната цел за повишаване на ефективността на системата и поставя под съмнение нейната устойчивост.

Според данните на НЗОК, за 2008 г. институцията е изразходвала 13 060 хил. лв. за програма „Детско здравеопазване“, което съставлява 10.6% от разходите за ПИМП. За имунизации на деца от 0 до 18 г. НЗОК е заплатила 1 990.9 хил. лв. Също така, за прегледи на диспансеризирани лица при ОПЛ са изплатени 13 112.5 хил. лв. или 10.1% от средствата за ПИМП⁶².

През 2008 г. за СИМП са изразходвани 140 300 хил. лв. (8.47% от разходите за здравноосигурителни плащания за медицински дейности), което е с 3% в повече от предвиденото със ЗБНЗОК. В сравнение с 2007 г. разходите са нараснали с 13.3%. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за 2008 г. възлиза на 167 лв. (2007 г. –153 лв.) или ръстът на разходите за едногодишен период е 9.2% при изразени значими регионални различия. В структурата на разходите, диференцирана на базата пакети за 2008 г., най-висок е делът на средствата, изплатени за пакет „Кардиология“ (14.5%), следван от „Офталмология“ (11.0%) и „Акушерство и гинекология“ (10.2%)⁶³.

⁶¹ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

⁶² Отчет за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК за 2008 г.

⁶³ Отчет за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК за 2008 г.

Средствата за ЛКК както за 2007, така и през 2008 г. представляват 1.6% от разходите за СИМП. Средномесечно за тази дейност през 2007 г. са изразходвани 175.7 хил. лв., а през 2008г. 191.1 хил. лв. или увеличението е с 8.8%. Средствата за ВСД съставляват 5.6% от структурата на разходите в СИМП за 2008 г., като средно на месец през 2008 г. НЗОК е заплатила 628 316 лв., а през 2007 г. – 592 836 лв. (ръст от 6.0%). Средствата, заплатени за ВСД по пакети „Кардиология”, „Неврология” и „Офталмология” съставляват 72 на сто от разходите. Средномесечният разход за ВСД през 2008 г. на 100 ЗЗОЛ за страната е 9.43 лв. (за 2007 г. – 8.91 лв.)⁶⁴.

През 2008 г. делът на средствата, заплатени от НЗОК за профилактични дейности, е 0.22% от всички средства за дентална помощ и не бележи промени в сравнение с 2007г.⁶⁵

Здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност /ПКССС/, са породени от приемането на страната в Европейския съюз и ангажиментите на НЗОК като компетентна институция по прилагането на Европейските регламенти в областта на социалната сигурност.

Според Отчета за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК, през бюджетната 2008 година за медицинска помощ, оказана в съответствие с тези правила, са изразходвани 1 471 хил. лева от предвидените със Закона на бюджета на НЗОК за 2008 година 20 000 хил. лева или 98.1 на сто от уточнения план (1 500 хил. лева); от тях 23 хил. лева са отчетени като трансфери между бюджетни сметки съгласно Указания на Министерство на финансите ДР № 1 от 15.02.2008 година. Средствата, изразходвани по ПКССС, представляват 0.1 на сто от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през отчетния период.

В ролята си на институция по място на оказване на помощта, през 2008 година НЗОК е заплатила за медицинска помощ на осигурени лица от 28 от другите държави-членки на ЕС и ЕИП. Здравноосигурителните плащания на НЗОК за медицинска помощ на територията на България на осигурени в другите държави-членки лица през 2008 година представляват 485 хил. лева или 33.0 на сто от разходите по параграфа и 98.9 на сто от здравноосигурителните плащания за медицинска помощ за осигурени в други държави лица. В абсолютна стойност разходът е нараснал с 213 хил. лева или със 78.3 на сто спрямо 2007 година.

Следователно през 2008 г. НЗОК е гарантирала с бюджета си здравноосигурителните права на: европейските граждани, осигурени в други държави-членки на ЕС и ЕИП, при техния престой или пребиваване на територията на Република България и на осигурените в НЗОК, при техния престой или пребиваване на територията на друга държава-членка на ЕС и ЕИП.

4. ПРОБЛЕМИ В СИСТЕМАТА НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Наличната информация позволява да се отчетат постигнатите резултати и сравнително ясно да се дефинират основните проблемни области в системата на макроравнище по отношение на финансирането, по- характерните от които са:

✓ Недостатъчно публично финансиране, което представлява основна бариера и на практика не може да се осигури добър достъп на всеки до необходимата медицинска помощ, както и да се отговори на здравните потребности на населението.

⁶⁴ Отчет за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК за 2008 г.

⁶⁵ Отчет за касовото изпълнение на бюджета на НЗОК за 2008 г.

✓ Съществува диспропорция в разпределението на финансовия ресурс между извънболничната и болничната помощ в сравнение със заетите в извънболничната помощ и другите бюджетни дейности, както и спрямо равнището на възнагражденията на заетите в отраслите на материалния сектор на икономиката.

✓ Отсъствие на ясно дефинирана методология и информационна система за финансиране на болничния сектор на пазарни принципи.

✓ Липса на модел за ясен и мотивиран начин за финансиране на спешната медицинска помощ, включително и на интензивните и спешните отделения в болничните структури.

✓ Отсъствие на стройна система за адекватно, като обем и целево ориентирано, финансиране на инвестиционните разходи на болниците и произтичащото от това забавяне на оптимизирането на болничната мрежа.

✓ Периодично възникващата задлъжнялост на болничния сектор, която съпътства дейността на здравната система през последните няколко години.

✓ Недостатъчни стимули за разпределяне на финансов ресурс за промоция на здравето и профилактика на болестите.

✓ Не е изградена интегрирана система на национални здравни сметки.

✓ Ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги е незначителна.

Най-лесният начин да се преодолеят ограниченията в достъпа до здравни услуги е чрез значително увеличаване на финансирането за здравеопазване спрямо предходните години както като процент от БВП, така и като размер на здравноосигурителната вноска, за чието нарастване обаче, трябва да се вземе под внимание какво ще бъде общото данъчно бреме върху заплатите, създавано от здравноосигурителните вноски, пенсионното осигуряване, осигуряването срещу безработица.

Но дори и тези мерки няма да доведат до желания ефект, ако не се извършат промени в сектора, като например подобряване на управлението на системата, които да доведат до ефективно изразходване на средствата. Освен това, необходимо е да се засили ролята на тези звена на ниво „общност“, където се извършва самият процес на предоставяне на здравни услуги и които са най-близко до потребителите като техен първи контакт със системата - практиките на общопрактикуващите лекари или медицинските центрове в по-малките населени места. Повишаването на тяхната роля изисква осигуряване на обучен персонал (лекари, медицински сестри), медикаменти и транспорт.

ТРЕТИ РАЗДЕЛ: ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ОБЩЕСТВЕНИ И ИНДИВИДУАЛНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ - ДОСТЪП, КАЧЕСТВО И ЕФЕКТИВНОСТ

1. ОБЩЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ – ЗАЩИТА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО, ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

1.1. Защита и опазване на здравето на населението

1.1.1. Околна среда и здраве

1.1.1.1. Атмосферен въздух

Здравната политика на Република България е насочена към осигуряването на добро качество на атмосферния въздух, гарантиращо нива на вредните емисии в границите на международно приетите стандарти.

Паралелно с Националната система за екологичен мониторинг, поддържана от МОСВ и контролираща нивата на атмосферните замърсители на територията на цялата страна, функционира и локална мрежа от 32 стационарни мониторинжни пункта, обслужвани от регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве към МЗ. През 2008 година РИОКОЗ⁶⁶ са изследвали общо 7 103 проби за аерозоли на прах и тежки метали и 77 720 – за газове. Въпреки наблюдаваната положителна тенденция към намаляване на вредните атмосферни емисии и подобряване качеството на въздуха, резултат от реструктурирането на индустриалните дейности и предприетите конкретни мерки, все още съществуват райони с екологични проблеми, в които концентрациите на атмосферните замърсители периодично превишават възприетите като “безопасни” нива и създават потенциален риск за здравето на експонираното население. Проблем за повечето населени места е замърсяването с прах, озон, азотните оксиди (Перник, Бургас, Димитровград), а за други - инцидентното или системното превишение нивата на серните газове (Стара Загора) или аерозолите на тежки метали (Кърджали, Средногорие). Тези райони подлежат на оценка и управление на качеството на атмосферния въздух (КАВ) чрез задължително разработване на оздравителни програми, които са функция от съвместните действия на редица институции и организации, включително РИОКОЗ, РИОСВ, общинската администрация.

В съответствие със Закона за здравето (чл.33, ал.1), с периодичност през три години, се извършва актуализиране и прекатегоризиране на населените места с екологични проблеми, в които при необходимост се провеждат епидемиологични проучвания за оценка на риска за здравето на експонираното население.

1.1.1.2. Питейни води

Приемането на България в ЕС отмени отлагателните периоди, заложи в хармонизираната Наредба 9 (2001)⁶⁷ за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели, за въвеждане на европейските изисквания към качеството и мониторинга на питейната вода (МЗ е водещо Министерство за прилагане на документа в партньорство с МРРБ и МОСВ). За съжаление се оказа, че отговорните за процеса на прилагане институции и техните структури нямат необходимата готовност за въвеждане на интегрирания европейски подход, **изискващ екипен модел на работа, колаборация и взаимно допълване на структури и дейности**, в интерес на здравето на населението за гарантиране правото на постоянен достъп до течаща безопасна и чиста питейна вода във всички домакинства.

⁶⁶ РИОКОЗ – отчет за 2008 г. на МЗ

⁶⁷ Наредба 9 (2001) за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели, ДВ, бр.30

През 2008г. 28-те РИОКОЗ са мониторирали⁶⁸ качествата на питейната вода чрез анализиране на общо 23 101 проби от 8 605 пункта, с оглед контрол на съответствието на водата с изискванията за микробиологична, химична и радиологична чистота и безопасност. Отчетеният висок процент на съответствие на водата с нормативните изисквания (98.54%) е изчислен на база сумата на всички единични преобладаващи рутинни анализи (406 045). Изведеният процент вероятно има приложение като показател за отчитане на реализирана административна дейност, но няма връзка с конкретните проблеми, свързани с безопасността на водата и състоянието на водоснабдяването в регионите. Отделно от мониторинга през годината са проведени обемни насочени проучвания в избрани региони по отношение на пестицидни остатъци и контаминация с микропаразити. Обстойният преглед и анализ на информацията позволява да се посочат някои **сериозни проблеми** в областта на контрола за осигуряване на безопасна питейна вода за населението:

- Мониторингът на органични токсични промишлени и други специфични замърсители в питейната вода не съответства на изискванията за обхват и честота.⁶⁹ Резултатите от проведеното пестицидно проучване⁷⁰ на 31 водоснабдителни системи в питейните водоизточници за 137 населени места (1 311 886 жители - по данни на последното преброяване към 1.3.2001г.) доказват сравнително висока честота на положителни резултати за органохлорни и триазинови пестициди. Данните са основание за изследване на необхванатите до момента водоизточници и включване на показалите положителни резултати в регионалните мониторингови програми.

- Установените наднормени концентрации на нитрати, хром, флуор и манган са отклонения с дълъг давностен период, които не са намерили решение десетилетия поради регионалния/локален характер на проблемите и инертното отношение на институциите за намиране и прилагане на уместни възстановителни мерки.

Над регламентираната максимална стойност от 50.0 мг/л е съдържанието на нитрати в питейната вода за около 2.75% от населението⁷¹ (218 013). Най-висок е процентът на анализите с резултати над нормата в областите Ямбол (15.9%), Шумен (15.4%), Русе (12.9%), Плевен (8.8%), Разград (8.2%), Хасково (6.3%), Стара Загора (6.1%), Пазарджик, Бургас и Добрич 5.8-5.5%. Оценката на риска е затруднена от липсата на официални статистически данни за възрастовата структура на рисковия контингент (кърмачета, малки деца и подрастващи).

Трайно е отклонението в концентрациите на хром, флуор и манган. Около 17 630 жители на населени места от областите Плевен и Монтана ползват питейна вода с повишено съдържание на хром (38% от изследванията). В 17 населени места с общо население около 6 518 души в областите Благоевград и Хасково питейната вода е с отклонение във флуорното съдържание. Повишените стойности на двата показателя са природно обусловени и проблемите са от локално значение, но предвид биологичната им активност налагат предприемане на мерки в защита на здравето на засегнатото население.

- Опазването на водоизточниците от замърсяване и подготовката на водата (пречистване/ дезинфекция) преди разпределението ѝ към населените места е на ниво несъответстващо на съвременното разбиране за *добра производствена практика* на водоснабдителите, което невинаги гарантира необходимата чистота и безопасност на

⁶⁸ МЗ, Отчет за дейността на РИОКОЗ по опазване на общественото здраве през 2008г., юни 2009

⁶⁹ Progress report for the period October 2008-March 2009, MATRA Project Ref. nu G2G07/BG/7/2 "Strengthening the capacity of the Ministry of Health for reporting of the results from drinking water monitoring to the European Commission".

⁷⁰ НЦООЗ, Извършване на анализ и оценка за съдържание на пестициди в питейни води, март 2009 (Национална програма за действие по околна среда и здраве за 2008г.).

⁷¹ МЗ, Оценка на състоянието на околната среда по компоненти и предложение за определяне на райони с повишен здравен риск (компонент „питейни води“), септември 2008

питейната вода и е свързано винаги със значителни опасности от хигиенно-епидемичен характер.

По данни от мониторинга, отклоненията от въведените стандарти за микробиологично качество на питейната вода надхвърлят допустимия праг в региони: Габрово (21.9%), Видин (20.6%), Пазарджик (11.9%), Ямбол (11.6%), Враца (10.7%), Хасково (7.8%).

В 11 области е проведено първото в страната изследване за нивото на контаминация с устойчиви форми на микропаразити на предварително оценени като рискови сурови и природни води, използвани като източници за питейно-битово водоснабдяване и е установено контаминиране при около 1/3 от изследваните проби⁷².

1.1.1.3. Шум

Контролът и управлението на шума в урбанизираната среда са дефинирани в директива 2002(49) ЕС "като част от политиката на Общността да постигне високо равнище на здравеопазването и защита на околната среда".

В рамките на Националната система за мониторинг на шума в околната среда всички РИОКОЗ в страната (като нейна оперативна мрежа) са представили данните от проведения през 2008 г. контрол на градския шум в общо 726 пункта. Резултатите от контрола са представени за всичките 28 области на страната – за 27-те областни градове и градовете от Софийска област – Ботевград, Самоков и Своге, от област Велико Търново – Горна Оряховица и Свищов, от област Кюстендил – Дупница, от област Стара Загора – Казанлък и от област Търговище – Попово и Омуртаг – общо 36 града на страната. Увеличеният общ брой на наблюдаваните в страната пунктове от 710 през 2007 г. на 726 през 2008 г. се дължи на включването на гр. Силистра в мониторинга (15 пункта) и прибавянето на един пункт към мониторинга на гр. Пловдив (Табл. 6).

Таблица 6. Регистрирани шумови нива в урбанизираните територии на Р България и тяхното разпределение по диапазони (в dBA) - в брой и %

Година	Общ брой пунктове	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони (в dBA) – в брой и в %						
		под 58	58-62	63-67	68-72	73-77	78-82	над 82
2006	527 100%	74 14,04%	95 18,03%	172 32,64%	144 27,32%	39 7,40%	3 0,57%	0
2007	710 100%	128 18,03%	116 16,34%	189 26,62%	216 30,42%	59 8,31%	2 0,28%	0
2008	726 100%	130 17,91%	130 17,91%	207 28,51%	189 26,03%	65 8,95%	5 0,69%	0

Мониторингът на шума е насочен както към отразяването на значимото шумово натоварване в градските зони, подложени на влиянието на интензивното движение на моторни превозни средства (основен източник на шум в градовете), така и към зоните, в които би трябвало да се съхрани и поддържа акустичен режим, съответстващ на съществуващото здравно нормиране за т.нар. "тихи зони", в които се разполагат обекти, подлежащи на усилена шумова защита (здравни заведения, училища и детски градини, рекреация, жилища и пр.). Непрекъснато нарастващият брой на МПС в движение, при зле поддържаната пътна инфраструктура, недостатъчният контрол на автотранспорта, недобрата организация на движението, неадекватните градоустройствени решения, вкл.

⁷² Project AZ 25681-12 der Deutschen Bundesstiftung Umwelt (DBU), "Risk assessment and survey on pathogenic parasites in raw waters used for drinking water supply in Bulgaria".

недостатъчното озеленяване и неспазването на изискванията на Закона за устройство на териториите са водещите причини за неотклонно подчертаната тенденция към влошаване на акустичната обстановка в градовете на страната. Въпреки че за 2008 г. преобладаващото шумово ниво за страната като цяло е изместено от 68-72 dBA през 2007 към 63-67 dBA, в големите градове, където е съсредоточен най-големият брой на населението, нивата се задържат високи – в диапазона 68-72 dBA (София-град, Пловдив, Варна), а в Бургас преобладават измерените нива от 73-77dBA (твърде високи). От общо 5 пункта, в които са установени изключително високите нива 78-82 dBA, 3 са в Благоевград, 1 – в Бургас и 1 - в Добрич. Очевидно става дума за екстремна, породена от строителство или необичайно шумни дейности обстановка, вероятно временна. Това обаче не засяга останалите 33 града и не се очертава като характерна тенденция за страната. Преобладаващо за страната е нивото от диапазона 63-67 dBA, следвано от 68-72 dBA и 58-62 dBA. Устойчив в годините 2007 и 2008 г. и увеличен в сравнение с 2006 г. е броят пунктове с нива под 58 dBA. Това означава, че в средно големите и малките ни градове съществуват добре оформени тихи зони – добър здравен ресурс, ако се оползотворява правилно. При все това, в норма са само 27% от наблюдаваните шумови нива. Останалите 73% регистрират наднормено шумово натоварване.

Тъй като ефективните резултати от мониторинга на шума са свързани с определянето и управлението на здравния риск от шумовото замърсяване на средата, трябва да отбележим разширяването на дейността на РИОКОЗ (напр. Ловеч и Кюстендил) към изследване влиянието на градския шум върху населението, проведено с методичната помощ на НЦООЗ.

Мониторингът на шумовото натоварване на градската среда през 2008 г., в рамките на Националната система за мониторинг на шума в околната среда, има съществен принос при определяне на специфичните за всеки град мерки за защита от шума – основен неблагоприятно действащ фактор в условията на урбанизираната среда – с цел опазване на общественото здраве.

1.1.1.4. Козметични продукти

Протекцията на здравето при приложението на **козметични продукти** е обезпечена чрез хармонизирано с европейската директива 76/768/ЕЕС българско законодателство⁷³.

При системното провеждане на държавния здравен контрол от РИОКОЗ през 2008 г. проверките са насочвани предимно към козметични продукти, които по-често биха могли да представляват риск за здравето на човека, на базата на следните критерии: приложение при рискови контингенти, приложение върху чувствителни и рискови участъци, наличие на рискови съставки, козметични продукти със специално предназначение, козметични продукти, съдържащи голям процент етерично-маслени съставки, козметични продукти, образуващи рискови съставки (нитрозамини), козметични продукти на маслена основа.

През 2008 г.⁷⁴ е извършен планов текущ контрол в 6 842 обекта за съхраняване и търговия с козметични продукти и в 95 предприятия за производство на козметични продукти.

За обективизиране контрола на козметичните продукти през годината са извършени лабораторни анализи на определени категории козметични продукти, както следва:

⁷³ Наредба № 36 на МЗ от 30.11.2005 г. за изискванията към козметичните продукти. През 2008г е публикувано поредното пето изменение и допълнение (ДВ, бр. 80 от 12.09.2008 г.) на Наредбата

⁷⁴ Отчет на РИОКОЗ за 2008г.

- 491 проби и 573 анализа за съдържание на 11 вида химични вещества;
- 317 проби и 329 анализа за съдържание на водороден пероксид;
- 306 проби и 576 анализа за съдържание на тежки метали;
- 930 проби и 3673 анализа по микробиологични показатели – от тях 4 бр. нестандартни.

На базата на проведените анализи през 2008г. са унищожени или преработени 137 кг козметични продукти и 4 533 единични опаковки.

При насоченото провеждане на държавния здравен контрол проверки са извършвани на козметичните продукти, за които има постъпили сигнали от граждани, държавни и общински органи и организации, или има наличие на други данни за възникнали инциденти. Във връзка с постъпили в МЗ писма по Европейската система за бързо съобщаване за наличие на пазара на опасни стоки (РАПЕКС) е извършена дейност по нотифицирани козметични продукти като са изпратени две реакции на нотификации до ЕК за установени на пазара в страната нотифицирани козметични продукти.

По указание на МЗ, през 2008 г. от 28-те РИОКОЗ в страната е проведена тематична проверка на слънцезащитни козметични продукти. Извършени са 2 410 проверки в 2 365 обекта за търговия с козметични продукти, при които е констатирано, че 355 броя опаковки козметични продукти от тези продукти не отговарят на изискванията за етикетиране. За констатираните нарушения са връчени 136 предписания, съставени са 6 акта и са издадени 88 заповеди за спиране реализацията на козметични продукти. Следва да се отбележи, че поради отсъствие на подходяща апаратура РИОКОЗ имат затруднения с внедряване на съвременни методи за определяне на съдържанието на UV филтри и на фактическата защита от UV лъчи на козметичните продукти. При проведени от НЦООЗ проучвания на български слънцезащитни козметични продукти са установени несъответствия с обявения състав и защита при 40% от изследванията. Има данни за фалшиви стойности на слънцезащитния фактор (SPF), обявен върху опаковките на козметични продукти за продължително излагане на слънце и получени увреждания при експозиция без постигане на очакваната защита.

1.1.1.5. Нейонизиращи лъчения

В областта на нейонизиращите лъчения (НЙЛ) през 2008 г. са осъществени проучвания по 3 международни програми (под егидата на СЗО, с Научния институт по енергийна ефективност на САЩ, по фондове от ЕС), както и по Националния план за действие по околна среда и здраве.

Основните проблеми, които са в процес на решаване у нас, са следните:

1. Извършени са огромен брой измервания и оценки на електромагнитното поле около нови източници, като телекомуникационни съоръжения - базови станции за мобилна комуникация и др., заглушителни системи за целите на борбата с престъпността, физиотерапевтични уреди и системи, трафопостове, вградени в жилищни сгради, лазерни и оптични уреди за козметични цели, ЯМР системи в болници и др. Направена е оценка на експозицията от подобни източници, облъчващи работещите и населението, както и са взети съответни мерки за намаляване на това въздействие.

2. В страната действа Национален регистър на източници на ЕМП в безжичните технологии в НЦООЗ. Същият се прилага както за оценка на риска за населението, така и при жалби от страна на граждани по отношение на облъчване с ЕМП.

3. Националната програма за комуникация на риска с населението се прилага в отделни региони, както и на национално ниво. Организиран са срещи с медии, администрация, граждански общества, мобилни оператори, с цел решаване на местни и национални проблеми, свързани с опазване на здравето на населението. Организиран са също и 3 международни форума в страната в областта на защитата от НЙЛ.

4. В областта на законодателството по защита от НЙЛ са в ход няколко документа, както следва:

- Наредба за максимално допустимите нива на електрически, магнитни и електромагнитни полета в жизнената среда;
- Закон за защита на човека от електромагнитните полета (ЕМП);
- Наредба за защита на работещите от рискове, свързани с облъчване с оптични лъчения.

Цитираното законодателство цели да въведе изискванията на ЕС на базата на политиката на СЗО по отношение както на граничните стойности (здравните норми), така и на превантивния подход при нормирането. Идеята на Закона за защита от ЕМП включва няколко основни изисквания, като:

- установяване на „отговорен министър”, който да има ангажимента да осигурява безопасност за работещите при подобни източници на НЙЛ, както и за населението при ползване на технологии и уреди с емисия на такива лъчения;
- оторизиране на „Агенция” (и необходимите допълнителни звена и лаборатории), която да извършва измервания за приемане на нови обекти или за установяване на риска от въздействието на ЕМП;
- осигуряване на информация за населението и работещите по отношение на рисковете от въздействието на ЕМП, както и на мерките за намаляване на това въздействие.

С въвеждането на Закона за защита на човека от ЕМП ще се регламентира процесът на въвеждане в експлоатация и контрола на нови и съществуващи източници на ЕМП с цел опазване здравето на населението.

1.1.1.6. Йонизиращи лъчения

В рамките на предварителния здравно-радиационен контрол, извършван от Националния център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ)⁷⁵, са проведени 72 огледа за одобряване на терени за изграждане на обекти, работещи с източници на йонизиращи лъчения (ИЙЛ), и са издадени 72 хигиенни заключения с положително становище. Издадени са 24 становища за комисии за въвеждане в експлоатация на обекти с ИЙЛ. В изпълнение на чл. 60, ал. 2 от Закона за безопасно използване на ядрената енергия са изготвени 71 бр. санитарни заключения по документация на обекти за издаване на лицензия за използване на ИЙЛ за медицински цели. Въведени са 24 обекта, използващи ИЙЛ за медицински цели. Текущият здравно-радиационен контрол е активен – извършени са 1 347 проверки на 1 251 обекта, подлежащи на контрол от първа, втора и трета степен на сложност. Разширява се радиационният контрол във връзка с изграждане на нова АЕЦ, както и медицинският здравен контрол във връзка със закриване на блокове на АЕЦ Козлодуй. Специализираният радиационен контрол в атомната електроцентрала “Козлодуй” не е установил отклонения от нормативните граници.

В ход е създаването на Национален здравен регистър на работилите и работещи в среда на йонизиращи лъчения (Наредба №28 от 2005 г. за условията и реда за регистрация, обработка и съхраняване на данните, съдържащи се в регистъра на лицата, които работят или са работили в среда на йонизиращи лъчения, транспонираща изискванията на Директива 96/29/Евратом на Съвета). Въвежда се задължителен дозиметричен контрол на вътрешното облъчване за всички работещи с открити ИЙЛ.

⁷⁵ Годишен отчет на дейността на НЦРРЗ през 2008 г.

1.1.1.7. Безопасност на храните

Като страна-член на Европейския съюз, Република България поставя проблема за безопасността на храните и хранителните заболявания като приоритетен за общественото здравеопазване. Отговорни за създаването на съвременно законодателство и за ефективния контрол на адекватното му прилагане са държавните институции. Определени задължения за безопасността на храните носят всички участници в хранителната верига („от полето до масата“), като основната и първостепенна отговорност е отредена на производителите. Основната цел е да се засили защитата на потребителите. Важна роля за осигуряването на ефективен контрол играе комуникацията между потребителя, хранително-вкусовата индустрия и контролните институции, с оглед безопасността и високото качество на продуктите за вътрешния и външен пазар.

Цялостната организация в областта на безопасността на храните се ръководи и координира от Националния съвет по безопасност на храните под председателството на министрите на здравеопазването и на земеделието и храните. Към него функционира Експертен съвет на междуведомствен принцип, който обединява усилията на централните държавни органи и ведомства и научните организации по практическото осъществяване на държавната политика в областта на контрола върху безопасността.

В системата на здравеопазването РИОКОЗ, под ръководството на МЗ, извършват контрол на храните от неживотински произход. Държавният инспекторат в системата на РИОКОЗ в страната през 2008 г. е контролирал 123 703 хранителни обекта. Ежегодно се провежда мониторинг на основните биологични и химични замърсители и добавки в храните, установена е и система за наблюдение и контрол върху генетично модифицираните храни (ГМХ). Обемът на изследванията по този мониторинг е представен в Таблица 1 в Приложението.

Практическата дейност по контрола се осъществява в съответствие с Регламентите на ЕС в областта на химичната и микробиологична безопасност на храните и изискванията към ГМХ. Структурите разполагат с оборудвани лаборатории за контрол на микробиологичните и химичните замърсители и добавки, включително патогенни и индикаторни микроорганизми, пестицидни остатъци, микотоксини, нитрати, добавки и др. В Табл. 7 са показани резултатите от наблюденията върху химичните и биологичните контаминанти за 2008 г. Сериозно внимание изискват данните за честотата на отклоненията от нормите при хранителните добавки, микотоксините във вносните храни, ГМХ, микроорганизмите, в частност, доказването на *Listeria*.

Таблица 7. Обем и резултати от мониторинга на химични и биологични замърсители в храните за 2008 г.

Вид на замърсителите	Брой изследвани проби	Проби с отклонения от установените норми, %
Нитрати (в листни зеленчуци и детски храни)	959	0,10
Токсични елементи (в плодове, зеленчуци, кореноплодни и продукти от преработката им)	1 048	0
Пестицидни остатъци	920	0
Хранителни добавки – подсладителни, консерванти, оцветители	821	17,05
Микотоксини	731	5,70
Афлатоксини във вносни продукти	161	14,00
Генно-модифицирани храни	272	6,99
Микроорганизми	2 616	3,47 (индикаторни микроорганизми и <i>L.monocytogenes</i>)

Обект на системна регистрация и наблюдение от МЗ и РИОКОЗ са заболяванията с микробен произход, предавани чрез храните, включително зооантропонозите. През 2008 г. у нас са регистрирани хранителни заболявания само с микробен произход – не са наблюдавани интоксикации от химични агенти. Тази заболяемост е ниска. Регистрирани са официално 17 взрива – главно по вина на заведенията за обществено хранене (хранителни блокове в детски и учебно-възпитателни заведения, столове, ресторанти), следвани от продукти от търговската мрежа и на последно място – храна, приготвена в домашни условия (Таблица 1 от Приложението). Общият брой на заболяемите е 181, смъртни случаи няма. Лабораторно са потвърдени 12 взрива – 7 от *Salmonella*, два от *Trichinella* и три случая на хранителни заболявания, причинени от други микроорганизми. При 4 взрива (т.е. в ¼ от случаите) причинителят на заболяването не е известен. Най-чести са заболяванията след консумация на месо и месни изделия, следвани от ястия с яйца, риба, сладкарски продукти.

Както в повечето страни, това очевидно е „върхът на айсберга” – в редица случаи при хранителни инциденти регистрацията на заболяванията е много ограничена.

В страната няма регистрирани случаи на тревожните в последното десетилетие заболявания като трансмисивни спонгиформни енцефалопатии, птичи грип, хеморагична треска и пр. Не са регистрирани и хранителни листериози. Въпреки това е необходимо по-нататъшно развитие както на лабораторната диагностика, така и на междусекторната колаборация в национален план за строг епидемиологичен контрол и недопускане на внос на горепосочените инфекции. Традиционните причинители на хранителни заболявания, такива като *Salmonella*, *Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Bacillus cereus* и пр. са постоянен обект на контрол в храните у нас.

В областта на храните от животински произход контролът се осъществява изцяло от структурите на Министерството на земеделието и храните в лицето на Националната ветеринарно-медицинска служба на централно и регионално равнище. Министерство на здравеопазването и Министерство на земеделието и храните са партньори в областта на оповестяване на риска, т.н. RASFF.

При тези благоприятни в организационно отношение предпоставки не може да не отделим внимание и на някои съществени недостатъци в дейността по опазване на безопасността на храните.

Оценката на риска е първостепенна задача пред страните-членки на ЕС. У нас тя трябва да се осъществява въз основа на обобщените данни от дейността на

горепосочените структури, които чрез мониторингови изследвания извършват необходимите наблюдения върху производството и продажбата на храни по цялата хранителна верига.

Кризите, свързани с безопасността на храните през последното десетилетие, изостриха необходимостта от координиране на дейностите и сътрудничеството на институциите. Взаимният обмен на информация или т.н. междусекторна колаборация между заинтересованите ведомства на здравеопазването, земеделието, хранителната промишленост и организациите на потребителите е важна предпоставка за постигането на високо ниво на безопасността на храните в страната. Това е т.н. „комуникация на риска”, решаваща за вземането на правилни управленски решения.

В нашата страна обаче, в областта на безопасността на храните, доброто сътрудничество между институциите не е на необходимото равнище. Оценката на риска изисква задълбочен анализ на кръговрата на биологичните и химичните замърсители в цялата хранителна верига с изясняване на причинно-следствените връзки на разпространението на замърсителите, свързано с нивото на консумация на различните храни, оценка на експозициите на въздействие, както и епидемиологичният анализ на съответната заболяемост. В това отношение комуникациите на ведомствено, подведомствено и регионално равнище и взаимната двупосочна информация са критично недостатъчни. Пример за това е необоснованото и медицински немотивирано разрешение от органите на ДВСК за замяна на естествената млечна мазнина в млечните продукти с хидрирани растителни мазнини – нещо недопустимо от медицинска гледна точка.

Друг проблем на контрола е недостатъчното оборудване на специализираните лаборатории с лабораторна техника, особено в националните центрове, призвани да внедряват съвременната методология на анализа на биологичните и химичните контаминанти. Инвестициите в това направление в системата на здравеопазването са недостатъчни и е повече от наложително те да бъдат своевременно направени.

Има също така потребност от усъвършенстване на националната нормативна уредба за нивото на биологични и други контаминанти в храните, за които няма утвърдени европейски критерии и норми.

В заключение следва да отбележим, че Република България сътрудничи много активно с Европейския орган по безопасност на храните /EFSA/. В страната е изграден Фокален център на EFSA с основни задачи: създаване и развитие на национална мрежа с управляващите риска, научните институти, университетите и заинтересованите организации; подпомагане създаването и поддържането на база данни и обмяната на научна информация между EFSA и страните-членки; важните дейности по оценка на риска, резултатите от научни проекти, работни програми и специфична информация. Фокалният център, подпомаган от национални научни експерти, поддържа дейностите, извършвани от научните панели на EFSA и работните групи, както и на подобни панели и работни групи в страните-членки и конкретно в България.

Генетично модифицирани организми в храни

Като компетентен орган по Регламент ЕО 1829/2003⁷⁶, касаещ генетично модифицираните храни и фуражи, Министерство на здравеопазването чрез своите подразделения (28 РИОКОЗ) контролира продуктите в търговската мрежа, в производствата и тези, които се внасят от митницата. Честотата на проверките се определя съобразно годишния план за Държавния здравен контрол, а броят и видът проби за изследване се определят от годишно изготвен план, съобразен с Министерство

⁷⁶ РЕГЛАМЕНТ (ЕО) №1829/2003 НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И СЪВЕТА относно генетично модифицираните храни и фуражи

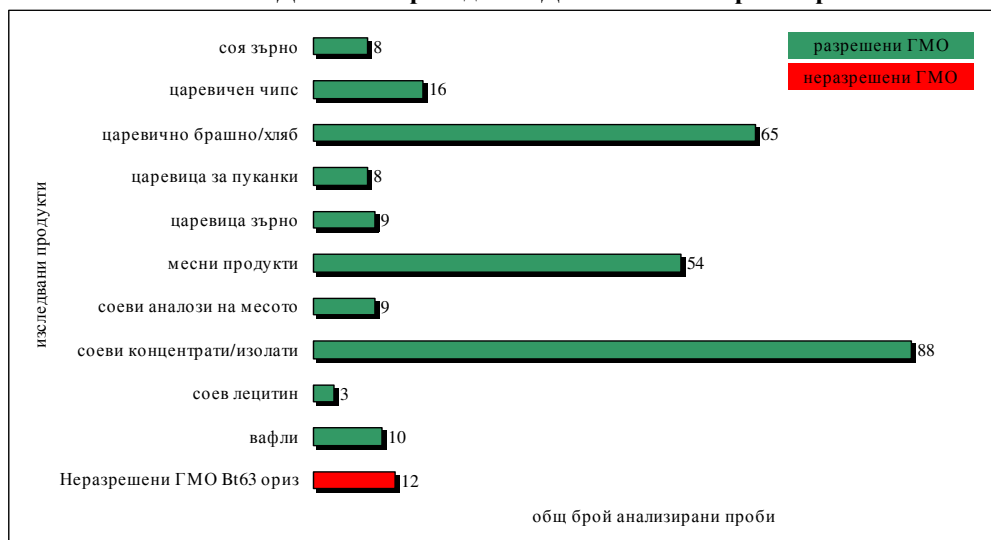
на здравеопазването, след консултация с Националната референтна лаборатория за анализ на генетично модифицирани храни (НЦООЗ) и служители от Столична РИОКОЗ. При установяване на стойности над граничната стойност 0.9% (съгласно Регламент ЕО 1829/2003) и при липса на етикетиране се предприемат наказателни мерки. Стриктното спазване на законодателството от страна на производителите и вносителите - етикетирането на храни, съдържащи генетично модифицирани организми, позволява на потребителите да упражняват правото си на информиран избор.

При откриване на неразрешен генетичен модифициран организъм, Министерство на здравеопазването прилага принципа за “нулева допустимост” и продуктът незабавно се изтегля от митницата или търговската мрежа. В тези случаи Република България уведомява страните-членки на ЕС чрез Системата за бързо известяване за храни и фуражи. (RASFF). В тези случаи се прилагат спешни мерки, посочени в Решения на Европейската комисия, публикувани в официалния вестник и включващи указания както за мерките за контрол, така и методът за детекция и списък с продуктите, които трябва да подлежат на засилен контрол.

Наблюдава се повишена обществена чувствителност към генетично модифицирани организми в храни, поради липса на достатъчно данни за отдалечени ефекти и недостатъчна информация, относно генетично модифицираните организми – какво представляват, с каква цел се произвеждат, как се регулира и контролират, как се извършва оценката на тяхната безопасност и риска. Необходимо е засилване на мероприятията, касаещи усещането за риск, като компетентно информиране, насочено както към населението, така и към производителите и търговците по отношение на регулирането, етикетирането и контрола на ГМО в храни.

През 2008 г. в лабораториите на РИОКОЗ - София и НЦООЗ са анализирани 282 броя проби по плана за Държавен здравен контрол (Фиг. 27).

Фиг. 27. Данни от проведения ДЗК за ГМО в храни през 2008 г.



В 12 от изследваните проби е установено наличие на генетично модифицирани организми над 0.9 %, които следователно подлежат на етикетиране.

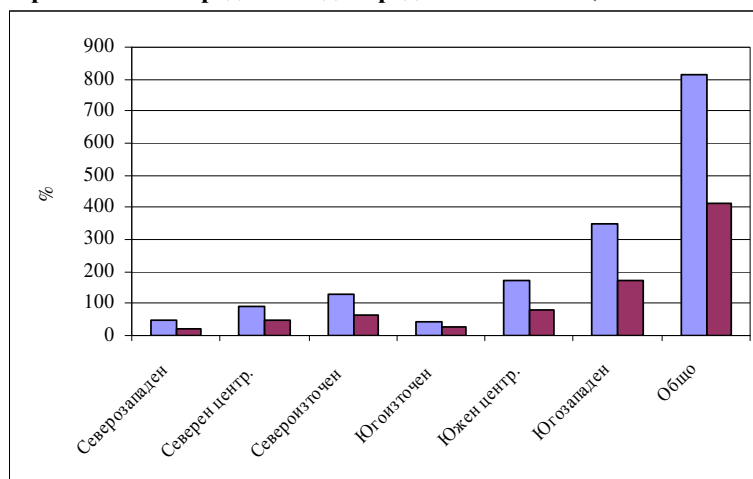
Не са установени положителни проби с неразрешен ГМО Vt 63 (Решение на ЕК 2008/289/ЕО)⁷⁷.

⁷⁷ РЕШЕНИЕ НА КОМИСИЯТА 2008/289/ЕО от 3 април 2008 година относно спешни мерки по отношение на неразрешен генетично модифициран организъм „Vt 63“ в продукти от ориз (нотифицирано под номер С(2008) 1208)

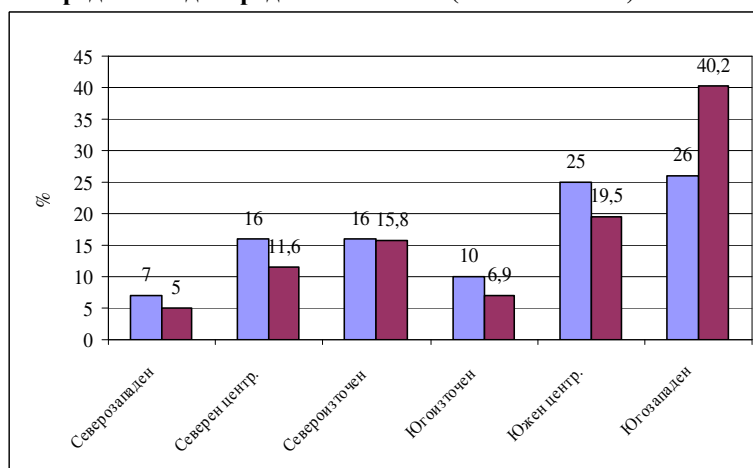
1.1.1.8. Трудова среда и здраве

Със Закона за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ) /1997 г. в България се въведеха превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа, част от които е трудово-медицинското обслужване (ТМО) на работещите от служби по трудова медицина (СТМ). През 2008 г. влезе в сила промяната на ЗЗБУТ във връзка с ТМО и СТМ (ДВ 40 /2007 г./ и свързаната с това Наредба 3/2008 г. за СТМ. В резултат на приложението на тази Наредба общият брой на регистрираните СТМ намаля с около 50% - общо за страната и по районите на икономическо планиране (Фиг.28 и Фиг. 29), при най-висока концентрация на СТМ в Югозападния район. Разпределението на общия брой СТМ по райони показва съответствие с относителния дял на населението за Северозападен, Северен централен и Североизточен район. При приблизително еднакъв относителен дял на населението в Южен централен и Югозападен райони, относителният дял на СТМ в Югозападен район е двойно по-голям - респ. 19.5% и 40.2% (Фиг.30).

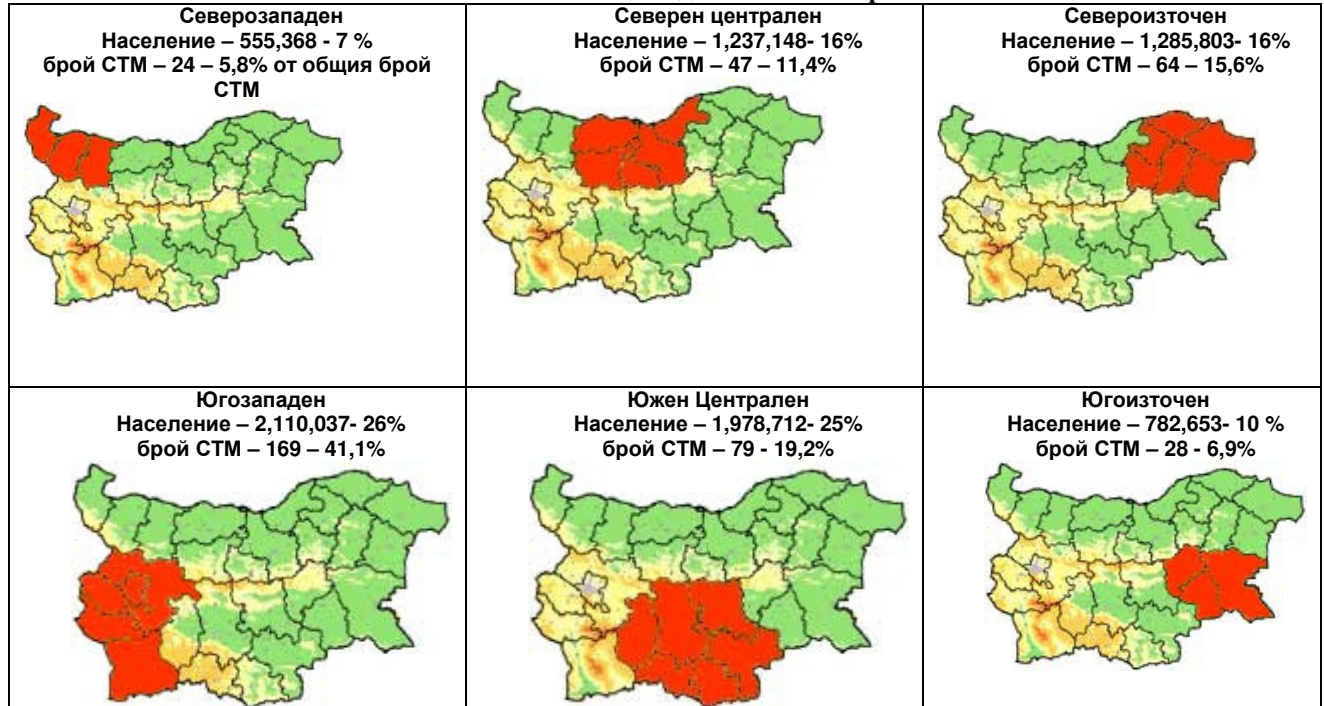
Фиг. 28. Брой на СТМ преди и след Наредба 3 за 2008 г. (към 30.08.09г.)



Фиг. 29. Относителен дял на броя население и СТМ по райони преди и след Наредба 3 за 2008 г. (към 30.08.09г.)



Фиг. 30. Относителен дял на СТМ по райони



След влизане в сила на Наредба 3/2008 г. общият брой на специалистите по трудова медицина в състава на общо 411 СТМ е 197. Това означава, че с един и същи специалист по трудова медицина са регистрирани повече от една СТМ – 28,9% от специалистите са в състава на 2 СТМ, 14,2% - 3 СТМ, 8,6% - 4 СТМ, 3,5% - 5 СТМ, 1% - 6 СТМ и 1% - 7 СТМ. Само 42,6% от специалистите са в състава на една СТМ. Този факт сам по себе си поставя под съмнение нивото на предоставяните трудово-медицински услуги, още повече че локализацията на регистрираните СТМ на един специалист често е в райони с голяма отдалеченост.

Промяната в ЗЗБУТ от 2007 г. доведе до **намаляване на медицинската същност на дейността на СТМ** (при оценката на риска, анализа и наблюдението на здравното състояние на работещите във връзка с условията на труд, промоция на здравето на работното място), което противоречи на европейските изисквания и на препоръките на СЗО. Причина за това от една страна е отпадането с Наредба 3/2008 г. на нормативното изискване СТМ да се ръководи от лекар – специалист по трудова медицина. От друга страна, трябва да се отбележат няколко важни предпоставки за недостатъчно ниво на дейностите по здраве и безопасност при работа: недостигът на специалисти по трудова медицина (у нас те са 197, докато напр. във Финландия – 2 349, а само 27% от общия брой специалисти у нас са обучавани след въвеждането на хармонизираната с европейските изисквания Програма за СДО по трудова медицина), неефективен контрол върху СТМ от РИОКОЗ и отсъствието на система за оценяване на дейността на СТМ, съответстваща на европейските изисквания и препоръките на СЗО.

Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд⁷⁸ показват *частично или формално изпълнение* на (ЗЗБУТ) както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина, недостатъчни знания на специалистите от СТМ и от контролните органи по съвременните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа, отсъствие на превантивна култура у работещите, липса на информираност и обученост по здраве и безопасност при работа.

⁷⁸ ИА „Главна инспекция по труда“ – Годишни доклади за дейността на ИА „ГИТ“, 2008 – 2009)

1.1.2. Международни здравни правила

Република България, като страна-членка на Световната здравна организация, има ангажимент да въведе в действие на своята територия и да спазва Международните здравни правила (МЗП, 2005), като прилага съвременни мерки, приети в световен мащаб и целящи опазване на общественото здраве.

Нашата страна е една от първите страни с изработена Наредба за условията и реда за провеждане на граничен здравен контрол на Р България, която имплементира в значителна степен изискванията на МЗП.⁷⁹ Разработена е и Национална програма за укрепване капацитета на Р България за опазването ѝ от внос на заразни болести и реагиране при събития, представляващи заплаха за общественото здраве, 2008-2010 г., приета с Постановление на МС 11/06.03.2008г.

В изпълнение на посочените нормативни документи в България е създадена и действа ефективна система за граничен здравен контрол, основаваща се на изградени постоянни и функционални звена за граничен контрол. Постоянни (с денонощен режим на работа и постоянен персонал) са звената за граничен здравен контрол на Пристанище Варна, Пристанище Бургас и ГКПП – „Летищен комплекс София”. Тези гранични пунктове съответстват на изискванията на МЗП. Със средства от Националната програма са оборудвани помещения за граничен здравен контрол на по-големите сухоземни КПП с интензивен трафик на хора и стоки. Те се въвеждат в действие при необходимост и работата им се осигурява от РИОКОЗ, в чийто район са пунктовете.

Въведени са в приложение международните здравни документи по МЗП. Поддържа се висока квалификация на работещия персонал на национално и регионално ниво в системата на епидемиологичния надзор относно прилагането на Международните здравни правила. По план се провеждат дистанционни обучения и обучения – симулации както за запознаване с новите концепции, залегнали в МЗП, така и за упражняване на подходите при оценка и вземане на решения за съобщаване на събитие, свързано с разпространението на заразно заболяване, което крие риск за общественото здраве.

1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите

Предизвикателствата в здравното състояние на населението поставиха промоцията на здравето и профилактиката на болестите на приоритетно място в политиката на МЗ за по-добро здраве. Дейностите са ориентирани в няколко направления: профилактика и епидемиологичен надзор на заразните болести, профилактика на хроничните нефекциозни болести, намаляване нивата на широко разпространени фактори на риска за здравето – свързани с начина на живот и биологията на организма, контрол на факторите на риска за здравето от околната среда и други. Дейностите се реализират на различни нива: в извънболничната помощ, вкл. специализираната, болничната помощ, структурите на РИОКОЗ, РЦЗ, националните центрове, НЗОК и РЗОК с участието в много случаи на редица НПО, сдружения, организации и други.

Основните нормативни документи за профилактиката са Наредба № 39 на МЗ, Наредба 40 и НРД, които както е известно, създават и редица затруднения. Националните профилактични програми и проекти, утвърдени по-рано или новоприети, координирани от МЗ или структури на здравната система обединяват в себе си огромен обем профилактични мероприятия, общи и специфични за всяка от тях.

⁷⁹ Наредбата е приета с Постановление на МС 274/ 09.10.2006г., публ. ДВ бр. 85/20.10.06г. и изменена и допълнена с Постановление на МС 68/ 28.03.2008г., публ. ДВ бр. 37/2008г.

МЗ финансира през 2008 г. 24 програми и стратегии, които са посочени и в Целите на Министерство на здравеопазването за 2009 г. Според своята насоченост програмите могат да се групират най-общо по следния начин:

- **за повлияване на различни фактори на риска за здравето:**

⇒ *свързани с начина на живот (поведенчески):* Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето 2007-2010 г; Национален план за действие „Храни и хранене“; Профилактика на йоддефицитните заболявания; Национална стратегия за борба с наркотиците; Проект за подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве на младите; Национален план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве в Р България 2006-2012 г., Национална програма за подобряване двигателната активност на населението, Национална програма за предотвратяване злоупотребата с алкохол;

⇒ *свързани с факторите на риска от околната среда:* Национален план за действие по околна среда и здраве.

- **за профилактика на хроничните неинфекциозни болести:** Национална програма за ограничаване на остеопорозата 2006-2010; Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ-демонстрационни зони).

- **за профилактика и надзор на инфекциозните болести:** Национална програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН и сексуално предавани болести 2008-2015; Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в България 2007-2011; Национална програма за профилактика и борба с кърлежопреносимите трансмисивни инфекции в България; Национална програма за елиминация на морбили и вродена рубеола 2005-2010; Национален план на България за готовност за грипна епидемия; Национална програма за укрепване капацитета на България за опазване от внос на заразни болести и реагиране на събития, представляващи заплаха за общественото здраве; Национална програма за имунопрофилактика; Национална програма за превенция и контрол на нозокомиалните инфекции и ограничаване разпространението на антимикробната резистентност; Национална програма за надзор и контрол на чревните паразитози в социалните заведения за деца и възрастни.

- **за опазване здравето на децата и подрастващите:** Национален интегриран план за прилагане на Конвенцията на ООН за правата на детето; Национална стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение 2006-2010.

- **за намаляване на неравенствата в здравеопазването:** Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства и други.

Дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите се реализират на различни нива в системата. Първичната профилактика е в обсега на ОПЛ, но практиката досега не отчита значим успех, т.е промени в здравното състояние на населението. С цел подобряване на работата в тази насока НЗОК предприе мерки през 2008 г.: осигури възможност на ОПЛ да оптимизира обема дейности в пакета профилактика и наблюдение на рискови групи, както и да бъдат извършени допълнително близо 400 хил. профилактични прегледа при деца; включено е 50% от населението над 18 г. възраст да се прегледа профилактично при ОПЛ. НЗОК и Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България разработиха указание за работа с цел предотвратяване късното откриване на най-честите хронични неинфекциозни болести и своевременно извършване на необходимите изследвания на заболялите. Въведено е и изискването ОПЛ да изготвят анкетни карти по време на профилактичните прегледи на всички здравноосигурени лица над 18 години, както и да проследяват четири пъти годишно състоянието на хронично болните пациенти.

Резултатите на НЗОК за 2008 г. обаче показват, че с профилактични прегледи са обхванати едва 20-30.0% от здравноосигурените лица. Средномесечният брой

диспансеризирани лица при ОПЛ е 719.9 хил. при 723.2 хил. през 2007 г., като на 100 здравноосигурени са извършени общо 10.8 диспансеризации (за лицата над 18 г. - 13.4). Показателят варира в отделните области от 16.2 във В. Търново до 6.6 в Силистра. Има слабо увеличение на извършените *профилактични прегледи на 100 недиспансеризирани ЗЗОЛ над 18 г.* - от 3.8 средно на месец през 2007 г. на 4.1 през 2008 г. Макар и недостатъчно убедителни, данните показват активиране на ОПЛ за профилактична дейност, а може би това е свързано с по-голяма загриженост на хората към собственото им здраве. През 2008 г. средномесечният брой на извършените профилактични прегледи по програма „*Детско здравеопазване*” е на нивото на 2007 г. Броят на имунизациите на ЗЗОЛ от 0-18 г. се е увеличил с 8.1% (от 1 137 хил. на 1 228.6 хил.). По данни на НЦЗИ обхватът със задължителни имунизации в ПИМП е 95.3% за ДТК, 95.8% за полиомиелит и 95.9% за асоциираната ваксина морбили, паротит, рубеола. Намалява средномесечният брой на прегледите по програма „*Майчино здравеопазване*” - от 2 578 през 2007 г. на 2 243 през 2008 г. (спад с 13.0%). Това се дължи на предоставената възможност на бременни и родилки да бъдат наблюдавани от акушер-гинеколози в СИМП.

При СИМП е възприето разпределение на направленията между острите случаи и тези за профилактика и диспансеризация. Предвидени са над 200 хил. изследвания повече в сравнение с 2007 г. с оглед увеличение на профилактичната дейност на ОПЛ по наблюдение на ЗЗОЛ с хронични заболявания и дейността по рискови групи. През 2008 г. средномесечният брой на диспансерните прегледи в СИМП е сходен на този през 2007 г. съответно 105 103 и 106 674 души. Ръст от 20% бележи средномесечният брой на профилактичните прегледи при педиатър на ЗЗОЛ до 18 г.

Спазването на нормативните изисквания за профилактичните прегледи и диспансеризацията се установява от направените проверки, които показват: несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ по профилактика на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст, вкл. формирането на рискови групи. Естествено е да се очаква, че неизвършените по обем дейности по съответните заболявания ще се отрази негативно на резултатите от дейностите по профилактика.

През 2008 г. са извършени 1 244 456 дентални профилактични прегледа на ЗЗОЛ, което е приблизително с 10% по-малко от 2007 г. При децата от 2-18 г. тези прегледи са обхванали едва 27.5% от подлежащите на тях лица, което е спад с 11.6% спрямо 2007.

Следва да се отбележи, че болниците нямат на този етап някаква значима роля в профилактиката на хроничните болести. Нямат и регламентирани медицински услуги за профилактика. Има натрупан малък опит за болнични кабинети за профилактични услуги, който все още се експериментира.

Недостатъчно точните данни относно вторичната профилактика навеждат на мисълта, че тя не се води насочено до постигане на прицелни цели, такива не се търсят на този етап, което не е добре.

Краткият преглед на дейностите в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите в рамките на медицинската служба обяснява в определена степен отсъствието на значим резултат от нея за здравето на населението, което личи от честотата на факторите на риска и смъртността от редица тежки болести.

Както бе отбелязано, у нас се реализират множество програми с насоченост и към профилактиката на болестите. По-важните резултати за някои от тях са следните:

⇒ ***В рамките на програмите (общо) за профилактика и надзор на инфекциозните болести:***

Епидемиологичният надзор в областта на инфекциозните болести през 2008 г. имаше за основни задачи осигуряване на съответстващ на изискванията противоепидемичен режим в контролираните обекти, както и постигане на висок имунизационен обхват на подлежащите контингенти. Постигането и поддържането на

оптимален имунизационен обхват е гаранция за недопускане на разпространение в пределите на страната на някои инфекциозни агенти, причинители на инфекциозни заболявания, които са в стадий на ликвидация – илюстрация за това са полиомиелит и морбили.

Обективният анализ в тази насока сочи, че въпреки постигнатите успехи (Таблицы 20 от Приложението) от 96-97% имунизационно покритие по отношение на задължителните имунизации, все още съществуват редица проблеми при изпълнението на имунизационния календар. Един от тях е свързан с недостатъчното обхващане на подлежащите на имунизации деца, принадлежащи към етническите малцинства. Очевидно е, че този проблем не е възможно да бъде решен само в рамките на здравната система. Другият съществен проблем е свързан с това, че поради различни причини, единната информационна система за имунизациите в страната все още не е изградена и липсва достоверна информация.

Положителен факт е прилагането от средата на 2008 г. на нова високоефективна комбинирана ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с безклетъчна компонента против коклюша и заменянето на живата полиомиелитна ваксина с инактивирана за всички приеми. През 2008 г. започна изпълнението на препоръките на СЗО за ежегодно обхващане с противогрипна ваксина на възрастното население над 65 години, като до 2010 г. обхватът трябва да достигне 75%.

Паралелно с това през 2008 г. са направени две важни промени в Наредбата за имунизациите, като към задължителните имунизации са добавени две нови ваксини – срещу Хемофилус инфлуенце тип В инфекцията и срещу пневмококовата инфекция. Разширен е и списъкът на препоръчителните ваксини с включването на нови ваксини срещу ротавирусната инфекция и срещу човешкия папиломен вирус. Тези промени в имунизационния календар са в унисон с европейската практика и се очаква да имат положителен социален ефект.

Данните за средния за страната имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма през 2008 г. (Таблица 21 в Приложението). Независимо от ниския процент на необхванатите, следва да се подчертае, че той представлява сериозен проблем, по отношение на който е необходимо да се предприемат конкретни мерки. В преобладаващата част от случаите се касае за компактна част от населението (предимно деца от ромски произход, при които обхватът е значително по-нисък от средния за страната), което създава реален риск от възникване и разпространяване на ваксина-предотвратими заболявания. За съжаление опитът да се получи подкрепа от Министерството на труда и социалната политика за обвързване на изплащането на социални помощи с имунизационния статус на децата остана без резултат.

⇒ В рамките на **Националната програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН и сексуално предавани болести 2008-2015 г.** и продължаващото финансиране от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария на **Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”** (2009-2014 г.) продължи успешно да функционира мрежата от Кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС). Броят на консултираните и изследвани за ХИВ лица, съгласно националните стандарти, е нараснал над два и половина пъти в сравнение с 2006 г. Проведени са национални и регионални кампании за безопасно сексуално поведение и позитивна промяна на общественото отношение и нагласи към проблемите на ХИВ/СПИН, като усилията по превенция на ХИВ и изграждане на толерантност към хората, живеещи с ХИВ, се реализират сред младите хора в и извън училище и сред общото население. В рамките на Програмата под ръководството на НЦЗПБ се реализират дейностите по второ поколение епидемиологичен надзор. Продължава

работата на над 50 неправителствени организации в особено уязвимите групи като инжектиращи наркотици, сексуални работници, мъже, които правят секс с мъже, лица, лишени от свобода и млади хора в риск в 19 общини в страната. България е страна-пример за добри практики в областта на превенцията и контрола на ХИВ и СПИН.

⇒ Повишена е информираността на обществото за рисковите фактори и предпазването от туберкулоза в рамките на **Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата в България 2007-2011 г.** Повишена е квалификацията на ОПЛ, медицинските специалисти, работещи в здравните кабинети на училищата, както и на медицинските специалисти, работещи с деца и ромско население в областта на профилактиката и ранната диагностика на туберкулозата. Разработени са методични материали, осигурени са диагностични възможности и медикаменти за безплатно лечение на болните.

⇒ При реализацията на **Националния план за действие по околна среда и здраве** Регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ) самостоятелно или съвместно с НЦООЗ са осъществили 79 проучвания на качеството на атмосферния въздух, питейната вода и почвата в райони със съществуващи екологични проблеми.

Населението е информирано за различни аспекти на проблема околна среда-здраве. Проведени са различни тематично-информационни дни (в рамките на световните), посветени на водата, земята, озоновия слой и други. Въведени са 7 нови метода за контрол на качеството на вредните за здравето фактори на околната среда. Създадена е база данни за източниците на електромагнитни полета в страната. Актуализирана е програмата за комуникация и управление на риска от въздействието на ЕМП върху населението. Изготвен е доклад за качеството на бутилираните води на пазара по отношение изискванията за деца. Разработена е система за качествен контрол на извършените химични и микробиологични анализи на питейни води, в това число на трапезни минерални води. Разработено е практическо ръководство за управление на отпадъците от лечебните заведения и други. Тиражирани са над 50 заглавия информационни материали за населението.

⇒ По **националния План за действие „Храни и хранене“ 2005-2010 г.**, през 2008 г. са разработени, публикувани и разпространени в страната промотивни материали: “Препоръки за здравословно хранене преди и по време на бременност и кърмене”, “Препоръки за здравословно хранене на кърмачета”, “Препоръки за здравословно хранене за деца на 3-6 години в България”, “Препоръки за здравословно хранене за ученици на 7-19 години в България”, както и преиздадени и разпространени “Препоръки за здравословно хранене на населението в България, 18-65 години”. Проведени са и редица мероприятия по промоция на здравословно хранене:

- във връзка с откриването на Националната седмица за борба със затлъстяването са отпечатани в тираж 20 000 и разпространени от РИОКОЗ Националните препоръки за здравословно хранене на населението над 18 г.;
- на срещи на специалисти от РИОКОЗ с учителски, медицински/кухненски персонал в детски градини на местно ниво са представени Националните препоръки за здравословно хранене при деца на 3-6 години, включващи новите критерии на СЗО от 2006 г. и 2007 г. за определяне на нормално, поднормено тегло, свръхтегло и затлъстяване при деца;
- Националните препоръки за здравословно хранене при деца от 7 до 19 години са отпечатани в тираж 40 000 и разпространени от РИОКОЗ сред учениците в училища и училищен персонал във всички региони на страната;

- разработените препоръки за здравословно хранене преди и по време на бременност, както и при кърмене, отпечатани в тираж 20 000 бр., са разпространени чрез ОПЛ и РИОКОЗ;
- за запознаване на населението с препоръките са проведени конкурси, изложби на здравословни храни, празници на здравословното хранене, тематични дни и викторини, междуучилищни състезания и др.;
- интернет-страниците на някои РИОКОЗ (Пазарджик, Кърджали, В.Търново) също са използвани за промоция на националните препоръки и за представяне на проекта за Наредба на МЗ за здравословно хранене на учениците;
- РИОКОЗ са провели редица мероприятия за популяризиране на препоръките чрез средствата за масово осведомяване;
- Всички РИОКОЗ са взели участие в Националната седмица за борба със затлъстяването с различни прояви - специални пресконференции, многобройни публикации в регионалните печатни издания, дискуссионни форуми, провеждане на обучения на деца от детски градини и ученици по здравословно хранене, съвместното обучение на деца и родители (интересна инициатива на РИОКОЗ Кюстендил) и др. Специално трябва да се отбележи всеобхватността на дейностите на РИОКОЗ Добрич, в които са включени всички 17 ЦДГ и 14 училища в града. РИОКОЗ Варна, Кърджали, Монтана, Сливен; Смолян, София са извършили антропометрични измервания, изчисляване на ИТМ и организиране на измерването на общ холестерол сред различни групи от населението.

⇒ По **програмата за Профилактика на йоддефицитните състояния** са извършени лабораторни анализи на проби сол, взети от търговската мрежа и от обекти за производство на храни. Установено е, че стандартността на солта за хранителни цели, използвана в обектите за производство на храни, изостава в сравнение с тази от търговската мрежа. Проведено е национално репрезентативно проучване върху разпространението на йоддефицитните заболявания, с оглед оценка на ефективността на универсалното йодиране на солта, като е извършена оценка на йодния и тиреоидния статус. Проучването на нивата на йодурия – биомаркер на йоден прием, в осем ендемични региона и две области без йоден дефицит, показват адекватен йоден прием и нутритивен йоден статус на базата на прилагане на международни критерии на СЗО. Обобщените данни от клинично изследване чрез палпация на щитовидната жлеза показват задържане на гушавостта през 2008 г. (13.0%) в сравнение с 2003 (13.4%). Установената гушавост е за сметка на началните и нискостепенни форми дифузна гуша.

⇒ В рамките на **Националната програма за ограничаване на остеопорозата 2006-2010 г.** се проведе първият етап от епидемиологично проучване на заболяването в България. Създаден е пилотен регистър за остеопороза при жени над 60-годишна възраст. Разработени и утвърдени от министъра на здравеопазването са «Методическо указание за инструментални методи за диагностика на остеопорозата» и «Методическо указание за контрол на качеството на апаратите за остеодензитометрия». Извърши се оценка на качеството на измерванията на апаратите в 13 центъра по остеопороза. Създадени са пациентски групи по остеопороза в 16 града. Извършена е голяма по обем образователна дейност. Обучени са за работа по проблемите на остеопорозата редица специалисти.

⇒ Резултатите от проведения трети мониторинг в зоните на **Интервенционната програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ-България)** през 2007 г показват следните положителни промени в сравнение с базовите резултати от 1997-98 г.: нараства относителният дял на лицата в зоните, контролиращи основните фактори на риска за здравето; хипертонията в зоните е намаляла с 6.2 пункта при мъжете и с 10 пункта при жените; повишеният холестерол за

популацията е намален с 2 ммол/л; популационното ниво на триглицеридите е под 1.7 ммол/л.; нараснал е делът на лицата с нормално тегло, слабо повишен е на тези със затлъстяване, намален е делът на лицата със свръхтегло; налице е положителна промяна в храненето: почти всеки втори консумира риба и пилешко месо два пъти седмично; намалела е консумацията на сол; нараснала е консумацията на пресни зеленчуци и плодове (около 350 г дневно); двигателната активност все още не е достатъчна за постигане на профилактичен ефект, но е нараснала; тютюнопушенето при мъжете е намалело с 10.0 пункта, при жените е нараснало с 3 пункта (факт, характерен и за страните в Европа); злоупотребата с алкохол е намалела с 4 пункта при мъжете, при жените е без промяна. Намалел е относителният дял на лицата, които са носители на два, три и четири от големите фактори на риска за здравето, които са измерими: тютюнопушене, повишен холестерол, затлъстяване и хипертония. Особено голям успех на програмата е, че в зоните тя успя да включи всички общински структури в дейности за здраве. СИНДИ е ефективен модел за профилактика на ХНБ, който следва да бъде разширен..

⇒ В рамките на **Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето 2007–2010 г.** са проведени огромен брой мероприятия през 2008 г. Важни са тематичните кампании с прицел децата и младежите по повод на Световния ден без тютюнопушене и Международния ден без тютюнопушене. В рамките на програмата е проведено и обучение на медицински специалисти по прилагане на методи за отказване от тютюнопушене. Като недостатъчно ефективна част от програмата се оценява контрола по спазването на законодателството за ограничаване на тютюнопушенето, като броят на наказателните постановления през 2008 г. не отразява истинския брой на нарушенията, които имат повсеместен характер.

⇒ В рамките на общинските програми за борба с наркоманиите, като част от **Националната стратегия за борба с наркотиците**, са осъществени информационни и здравно-образователни дейности в училищата. Използвани са различни интерактивни форми. Изградена е мрежа от лечебни центрове и програми за лечение, включваща 11 държавни психиатрични болници, 12 психиатрични диспансери, 11 психиатрични отделения към многопрофилните болници за активно лечение и 4 психиатрични клиники към университетските болници, в които се осъществява лечение на пациенти, зависими от наркотици. За периода 2006 г. - 2008 г. броят на субституиращите и поддържащи програми е увеличен 4 пъти. Изготвен е проект на втора Национална стратегия и План за действие (2009-2013) в съответствие с новата Европейска стратегия за борба с наркотиците.

⇒ По проекта **„Подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве на младите хора в България”**, финансиран от UNFPA, Фонд на ООН за население, е повишена здравната информираност на подрастващите и младите хора в и извън училище относно опазването на сексуалното и репродуктивното здраве и предотвратяване на рисковото сексуално поведение чрез дейността на изградените в рамките на проекта информационно-образователни центрове по сексуално и репродуктивно здраве. Утвърдена тяхна дейност през 2008 г. е обучението на млади хора по метода „Връстници обучават връстници”.

⇒ В рамките на **Националния интегриран план за прилагане на Конвенцията на ООН за правата на детето** са реализирани кампании за повишаване на информираността на населението по определени, рискови за здравето на детето фактори.

⇒ В рамките на **Националната стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение 2006 - 2010 г.** са реализирани регионални мероприятия, свързани с безопасността на пътя. Изготвени са здравно-образователни и промотивни материали от различен характер (стикери, светлоотразители, брошури, листовки,

плакати, ключодържатели, дипляни, флаери, тениски), проведени са лекции и обучения на деца и ученици, състезания по приложно колоездене, викторини с награди и др.

⇒ В изпълнение на *Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства* са проведени разяснителни кампании относно плановите имунизации и профилактичните прегледи сред ромското население. Акцент на дейностите сред ромската етническа общност е поставен върху сексуалното и репродуктивно здраве, профилактиката на туберкулозата, здравословното хранене, тютюнопушенето, употребата на алкохол и наркоманиите.

През годината е работено и по *проблема за злоупотребата с алкохол* в България, особено от деца и млади хора. Създадени са „Училища за родители“, чиито деца имат проблем с алкохола, проведени са множество дискусии, дебати и беседи, реализирани са кампании като „Алкохолът – забавен и опасен“. Ефективността на работата за предотвратяване на злоупотребата с алкохол се отчита също чрез проверките по чл. 54 и чл. 55 от Закона за здравето. Българските деца продължават да пият много, като сами закупуват спиртните напитки, а наложените санкции са неадекватни. Все още не може да се намери правилния и ефективен контрол, за да бъде спряна продажбата на алкохол на лица под 18 години.

Въпреки големия брой програми, резултатите от тях са незадоволителни. Често се извършват дейности, без да се отчита влиянието им върху здравето, а при разработването на повечето програми липсват заложен механизми за мониторинг и оценка (Таблица 3 в Приложението). Финансови средства се предоставят предимно за програми с терапевтичен характер и за инфекциозни болести, които минават под логото на „профилактични“. Недостатъчно е и участието на обществените структури на национално и локално ниво. Реализирането на програмите остава все още като основен ангажимент на МЗ. Трябва да се признае, че активността на здравната система за профилактика на болестите и промоция на здравето също не е голяма, защото през последните години у нас се утвърждава предимно лечебната доктрина. С профилактични дейности, най-вече на популационно ниво, се занимава системата на РИОКОЗ. Дейността в тази насока се подценява често, но това е свързано с непознаването ѝ, а също и с неразбирането на естеството на дейностите за промоция на здравето и профилактиката на болестите, въпреки че в страната са налице достатъчно ресурси за по-широкото им практикуване.

Профилактиката на болестите е била приоритет на всяко правителство, но на практика при всички доминира лечебната дейност, като и средствата се разпределят в такъв аспект. Няма да е пресилено, ако се каже, че профилактиката на болестите у нас се нуждае от спешно подобрение на всички нива, *защото чрез нея основно може да се постигнат значими промени в нивото на общественото здраве*. Това го налага здравното състояние на нацията. Мит е и груба грешка да се мисли, че само с лечение и високи медицински технологии здравето на нацията ще се подобри. Необходима е национална политика за промоция на здравето и профилактика на болестите, която трябва да се приеме консенсусно и да се реализира от всяко следващо правителство, като профилактиката на болестите заеме своето приоритетно място, наред с дейностите, свързани с лечението. За нея е необходимо да се създадат съответните материални, финансови, кадрови ресурси и съответната организация.

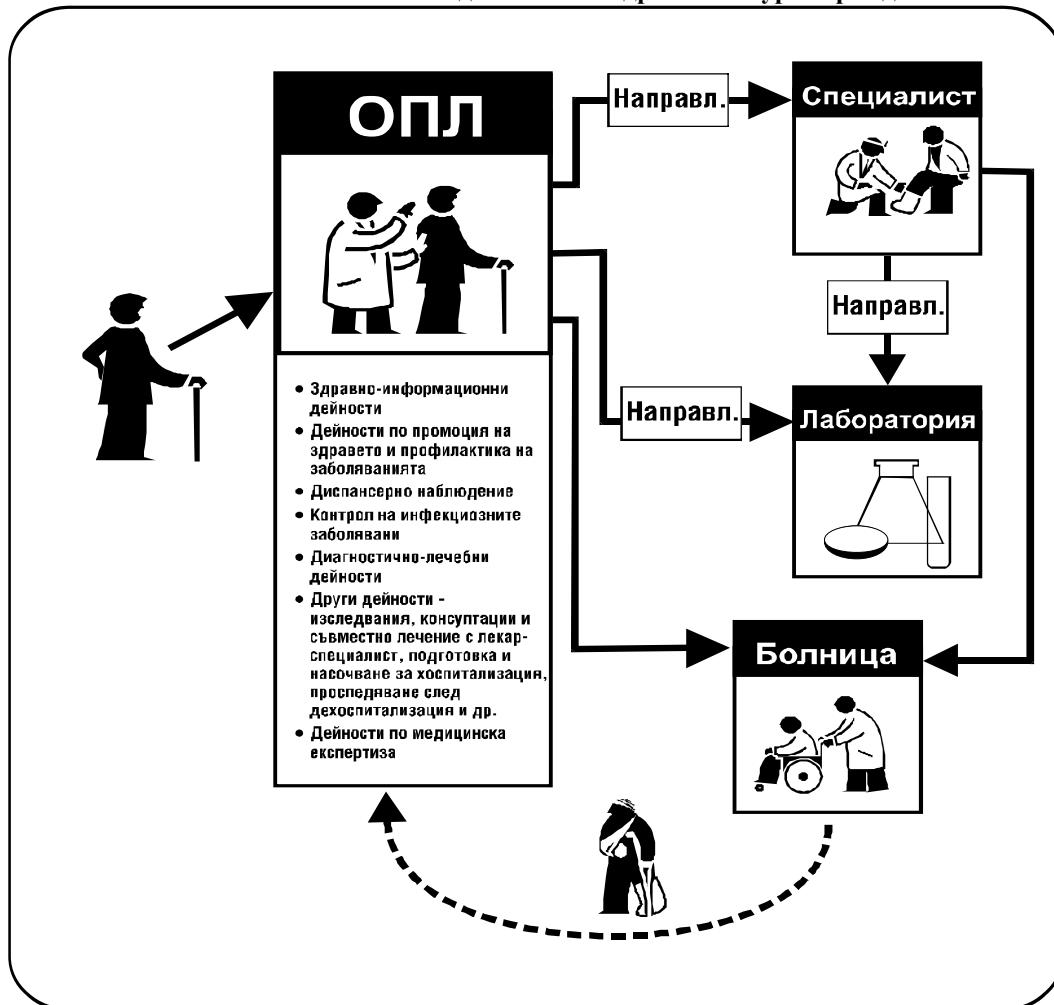
2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ

2.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана)

Първият контакт със здравната система за ЗЗОЛ се осъществява при *общопрактикуващ лекар (ОПЛ)* в първичната извънболнична помощ (ПИМП). Пътят на ЗЗОЛ е представен на Фиг. 31.

ЗЗОЛ има право на свободен избор на ОПЛ, специалист и лечебно заведение за болнично лечение. Когато едно болничното заведение не може да предостави диагностични и/или терапевтични дейности, но е преценено, че тяхното извършване е необходимо, то по-нататъшният процес се осъществява в друго лечебно заведение, което притежава необходимите оборудване и персонал.

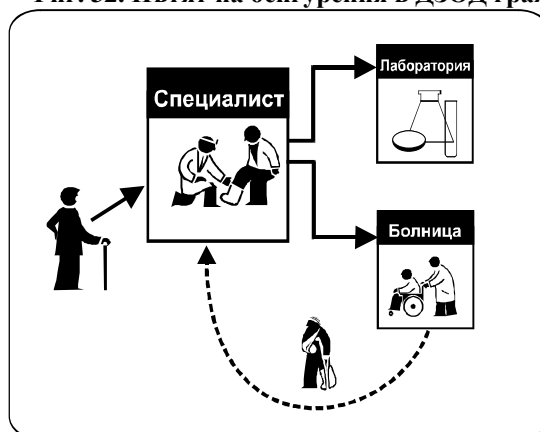
Фиг. 31. Пътят на задължително здравноосигурен гражданин



Предоставяне на здравни услуги на ЗЗОЛ, застраховани допълнително в доброволен здравен фонд.

Тромавата, свързана с много условности и бюрокрация, система на НЗОК благоприятства създаването и развитието на някои други, допълнителни форми на здравното осигуряване – доброволните здравноосигурителни дружества (ДЗОД). Други фактори, благоприятстващи увеличаването на ДЗОД са миграция на млади, икономически активни хора към големите градове, като при това липсва задължение за промяна на адресната регистрация и произтичащият от това избор на ОПЛ. Към месец май 2009 г. броят на застрахованите в ДЗОД възлиза на 352 185, като се бележи ръст от 52% в сравнение със същия период на 2008 г. Лицата до 44 г. са 48% от потребителите на индивидуалните и 68% от потребителите на груповите застраховки. Най-висок е относителният дял на груповите застраховки, сключени от работодателите, често пъти включват и членовете на семействата на служителите при подчертан финансов интерес на работодателя.

Фиг. 32. Пътят на осигурения в ДЗОД гражданин



На осигурените в ДЗОД е предоставен директен достъп до специалист, без да е необходимо да се посещава ОПЛ (Фиг. 32). Всъщност, значителна част от груповите ползватели нямат такъв, тъй като са адресно регистрирани в друго населено място. От друга страна, ДЗОД предлагат на членовете си възможността за ангажиране на час за преглед и избор на специалист. Доколко преценката на застрахованото лице отговаря на здравословното му състояние и изборът на специалист е правилна, са въпроси, които не са изследвани. От своя страна, специалистите не са обвързани с регулативни стандарти на НЗОК и имат свобода за избор за изследвания или консултация с друг специалист. При необходимост от хоспитализация е ограничен рискът от отказ за лечение. Избягване на дългото чакане, удовлетвореното желание за директен контакт със специалист, получаване на повече здравни грижи, независимо от това, доколко те са необходими, са едни от основните предпоставки за увеличаване приходите от премии на ДЗОД.

Предоставяне на здравни услуги на здравно неосигурени граждани

Гражданите, загубили своите здравноосигурителни права, имат възможност да внесат сума в размер на 12 месечни вноски и така да възстановят правата си и съответно да ползват услугите, предоставяни от обществения здравен фонд. Тази възможност се ползва предимно от самоосигуряващи се граждани, както и от лица, пребиваващи продължително време зад граница. Според някои анализатори обаче, се оказва, че тази практика не е ефективна по отношение възстановяване на загубите на системата от неплащащите здравни осигуровки, тъй като сумата от 12 месечни вноски често пъти се оказва значително по-малка от цената на получената услуга. Този факт създава порочни практики сред някои среди от населението да се заплаща еднократно дължащата се сума, след което ползват услугата отново отказва да плаща здравни осигуровки.

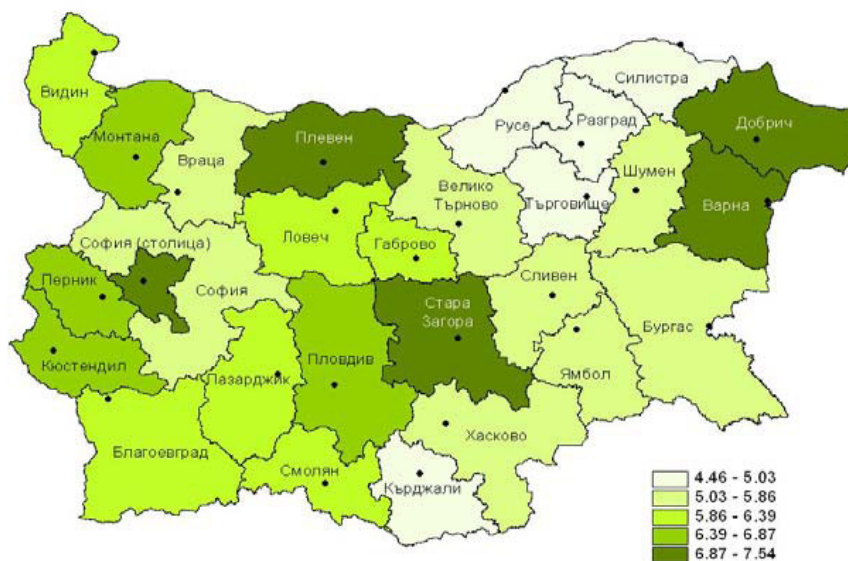
2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

По данни на НСИ⁸⁰ през 2008 г. осигуреността с ОПЛ на 10 000 души от населението е била средно за страната 6.3, като остава близка до нивата на средната осигуреност за новите страни-членки на ЕС. Ако, обаче, се отчете здравноосигурителния статус на населението, то през 2008 г. 10 хил. ЗЗОЛ са били обслужвани средно от 7.3 ОПЛ¹. За сравнение през 2005 г. този показател е бил 8.1.

През 2008 г. се установява диспропорция в осигуреността с ОПЛ, като в 16 области тя е по-ниска от средната за страната. Най-висока е в областите-университетски центрове (виж. Фиг. 33).

⁸⁰ Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения през 2008 година. НСИ, 2009 г.

Фиг. 33. Осигуреност с ОПЛ на 10 хил. души от населението през 2008 г. по области



Запазва се тенденцията от предходните години в нарастване броя и относителния дял на регистрираните задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) при общопрактикуващите лекари (ОПЛ) - 6 660 335 лица или 87.6% от населението⁸¹ (за 2007 г. - 6 647 084 или 87.0%⁸²).

Логично следствие от съществуващия отлив на лекари в първичната помощ е намалението броя на практиките в ПИМП. През 2008 г. НЗОК е сключила договори с 4 238 практики (в т.ч. индивидуални – 4 029 и групови - 209) с 4 894 ОПЛ, докато през 2007 г. са функционирали средномесечно 4 333 практики с 5 005 ОПЛ. Приблизително 1 029 практики са останали незаети. По данни на Световна банка 17.8% от местата в районите с неблагоприятни условия са останали незаети. Спадът възлиза на 2.2% за практиките (изцяло за сметка на индивидуалните) и на 2.3% за лекарите.

За разлика от европейските страни, у нас продължават да преобладават индивидуалните практики като форма на организация на работа – 4 029 или 95.1%. Въпреки доказаните предимства на груповите практики, техният брой през 2008 г. остава 209 (4.9%), колкото са били и през 2007 г. Най-висока е тяхната концентрация в София-град (41 практики), докато във Врачанска, Смолянска и Силистренска област такива не са регистрирани⁸³.

В резултат на намаления брой ОПЛ от една страна, и нарасналия брой ЗЗОЛ от друга, е налице увеличаване на регистрираните ЗЗОЛ в съответствие с Решение на УС на НЗОК №РД-УС-04-12/02.02.2007 г. при един ОПЛ – от 1 329 през 2007 г. на 1 361 през 2008 г.⁸⁴. Показателят е в рамките на световната практика за натовареност. Стойностите варират в много широки граници, като най-високи са те в Разград - 1 875, Търговище – 1 808 и Русе – 1 760, а най-ниски в Плевен – 1 154 и Добрич – 1 190. Прекомерно големият брой пациенти, обслужвани от един ОПЛ, е предпоставка за влошаване на качеството на оказваната от него помощ.

⁸¹ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

⁸² Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията 2005 – 2007 година. МЗ, 2008 г.

⁸³ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

⁸⁴ Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията 2005 – 2007 година. МЗ, 2008 г..

По данни на НЗОК и НСОПЛБ от ОПЛ, сключили договор с НЗОК за 2008 г., 23% (1 117) имат специалност “обща медицина”, 58% (2 806) са специалисти по вътрешни болести, педиатрия и други, а 35% (1 185) са в процес на придобиване на специалност. Високият дял на ОПЛ със специалност, различна от обща медицина, би могъл да повлияе негативно върху качеството на тяхната работа с пациенти със здравословни проблеми извън тяхната специалност.

Тъй като направленията са свързани с разход на средства, които се изплащат на изпълнителя (лекар-специалист за консултация или съвместно лечение, медико-диагностична лаборатория), то направленията, осигуряващи достъп до диагностични дейности или до специалист, с някои изключения, попадат в режим на регулация с т.нар. *регулативни стандарти (РС)*. РС се разпределят в средата на всяко тримесечие за всяка една РЗОК, като разпределението се основава на демографската характеристика на ЗЗОЛ, използваемостта на направленията от предходното тримесечие и бюджета на НЗОК. С РС за 2008 г. средномесечно са разпределени 632 хил. бр. (за 2007 година – 542 хил.) направления за консултация и съвместно лечение или с 16.6% повече от предходната година. През 2007 г., както и през 2008 г. за ПИМП е определена 55.0% от стойността на МДД, като ОПЛ са отчетели усвояване на 86.3%. Средномесечният брой РС за диспансерни посещения за 2008 г. е 179.67 хил. или с 8.9% по-малко от 2007 г., като е отчетено изпълнение от 59.8%. За пакети “Кардиология”, “Ендокринология” и “Неврология са разходвани 73.9% от РС. Както за МДД, така и за диспансерните наблюдения е отчетено усвояване на РС под предвиденото.

През 2008 г. заплатените на ОПЛ *капитационни средства* са в размер на 73 177 хил. лв. или 56.4% от общия разход за ПИМП, като в сравнение с 2007 г. е налице увеличение с 888 хил. лв. или 1.2%. Положително в структурата на приходите на ОПЛ е продължаващото намаляване на приходите от капитация от 61.6% на 58.7% и увеличаване дела на приходи от други дейности.

За 2008 г. средномесечният брой на извършените профилактични прегледи по програма „*Детско здравеопазване*” остава на нивото на 2007 г. Броят на задължителните имунизации на ЗЗОЛ от 0-18 г. за 2008 г. се е увеличил с 8.1% (от 1137 хил. на 1228.6 хил.), което косвено говори за разширяване на обхвата на тази дейност. По данни на НЦЗИ обхватът със задължителни имунизации в ПИМП е 95.3% за ДТК, 95.8% за Полиомиелит, и 95.9% за асоциираната ваксина Морбили, Паротит, Рубеола. За програмата „*Детско здравеопазване*” НЗОК е изразходвала 13 060 хил. лв., което съставлява 10.6% от разходите за ПИМП. За имунизации на деца от 0 до 18 г. НЗОК е заплатила 1 990.9 хил. лв.

Продължава тенденцията за намаляване на средномесечния брой на прегледите по програма „*Майчино здравеопазване*” - от 2 578 през 2007 г. на 2 243 през 2008 г. или спад с 13.0%. Това се дължи на предоставената възможност на бременни и родилки да бъдат наблюдавани от акушер-гинеколози в СИМП. През 2008 г. по тази програма са изразходвани 378 хил. лв., което е 0.03% от разходите за ПИМП.

През 2008 г. средномесечният брой *диспансеризирани лица* при ОПЛ се запазва стабилен - 719.9 хил. при 723.2 хил. през 2007 г., като на 100 ЗЗОЛ са отчетени общо 10.8 диспансеризации (само за лицата над 18 г. – 13.4). Показателят варира силно в отделните области – най-висок е за В. Търново (16.2) и Враца (16.1), а най-нисък – за Силистра (6.6) и Кърджали (7.2). За тази дейност през 2008 г. са изплатени 13 112.5 хил. лв. (10.1% от средствата за ПИМП).

Продължава, макар и слабо, увеличението на извършените *профилактични прегледи на 100 недиспансеризирани ЗЗОЛ над 18 г.* - от 3.8 средно на месец през 2007 г., на 4.1 през 2008 г. Тези данни свидетелстват за засилване ангажираността на ОПЛ с така важната профилактична дейност от една страна и засилване отговорността към

собственото здраве на населението от друга. Показателят е най-висок във В. Търново (5.9) и Пазарджик (5.8), а най-нисък – в Силистра (1.5) и Перник (2.4).

За работа при неблагоприятни условия лекарите от ПИМП получават допълнителен материален стимул. Съществува изразен отлив на изпълнители на ПИМП от високопланинските райони, селските практики и малките населени места - средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия намалява от 1 023 за 2007 г. на 882 през 2008 г. (спад с 13.8%).

През 2008 г. НЗОК е изразходвала 125 945 хил. лв. за дейности в ПИМП, като тази сума надвишава приетата със ЗБНЗОК с 4.1%. Средният разход на 100 ЗЗОЛ в ПИМП (сумарно за всички дейности) е 164.00 лв., като най-нисък е показателят за област Силистра (144 лв.), а най-висок - за област Търговище (182 лв.).

2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

През 2008 г. практически няма промяна както в средномесечния брой лечебни заведения (ЛЗ) за СИМП, сключили договор с НЗОК (съответно 2 943 и 2 962), така и в броя на работещите в тях специалисти (съответно 8 293 и 8 241 души) в сравнение с 2007 г.^{85 86} Липсва промяна и в нивото на осигуреност с лекари-специалисти на 10 хил. ЗЗОЛ (съответно 12.5 и 12.4), като се запазват съществуващите досега изразени териториални различия. Най-висока остава осигуреността в областите Габрово (19.7), София-град (18) и Плевен (16.7), а най-ниска - в Ямбол (8.3), Смолян (8.5) и Силистра (8.6).

По данни на НЦЗИ⁸⁷ общият брой на ЛЗ за специализирана извънболнична помощ (ДКЦ, МЦ, ДЦ, МДЦ, МДЛ и МТЛ) нараства през периода 2000-2008 г. от 975 ЛЗ на 1679 (ръст 72.2%). В сравнение с предходната 2007 г. обаче, броят на лечебните заведения в СИМП бележи спад, като през 2008 г. са предоставяли услуги 260 ЛЗ по-малко в сравнение с предходната година. Най-многобройни са МДЛ и МТЛ (888), МЦ (588) и ДКЦ (115). По-съществено е намалението в броя на ДЦ, МДЦ, самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

През разглеждания период няма съществени промени в структурата по специалности на лекарите от СИМП - преобладават акушер-гинеколозите (11.1%), невролозите (10.0%) и хирурзите (9.0%). Най-малък е дялът на профилните детски специалисти.

Средномесечният брой дейности в СИМП (прегледи, ВСД и ЛКК-прегледи), нараства от 1 320.8 хил. през 2007 г. на 1 382.1 хил. през 2008 г. или с 4.6%. През 2008 г. средно месечно на 100 ЗЗОЛ са извършени 20.8 броя специализирани дейности срещу 19.9 за 2007 г. или повишението е с 4.5%. Най-много са те в областите Русе (27.3), Габрово (25.3) и Плевен (23.9), а най-малко - в Силистра (15.1), Кърджали (15.3) и Смолян (15.9).

Средномесечно за 2008 г. един лекар от СИМП е извършил 108 прегледа при 102 за 2007 г. Най-висока е натовареността при специалистите по ендокринология и болести на обмяната (по 194 прегледа), следвани от кардиолозите (180) и офталмолозите (161).

През 2007-2008 г. продължава тенденцията за нарастване на първичните и вторичните прегледи в СИМП – по-слаба при първичните (от 523.9 хил. на 538.6 хил. или с 2.8%) и по-силна при вторичните (от 332.1 хил. на 349.9 хил. или с 5.3%). Съотношението първични към вторични прегледи се запазва като това през 2007 г. - на всеки 100 първични прегледа са извършени 65 вторични. Най-много първични прегледи са отчетени по пакет „Офталмология” (13.4%), а най-малко - по пакет „Гастроентерология” (2.8%). При вторичните прегледи с най-висок дял са прегледите

⁸⁵ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

⁸⁶ Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията 2005 – 2007 година. МЗ, 2008 г.

⁸⁷ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите. НЦЗИ, Бюлетин 09, 2009.

при педиатър (13.8%) и офталмолог (10.1%). В структурата на първичните прегледи преобладава относителният дял на тези за консултация и съвместно лечение (89.4%). Средномесечният им брой е нараснал с 6.6%.

С въвеждането през 2007 г. от НЗОК на по-строг контрол върху отчитането на диспансерната дейност се регистрира спад в средномесечния брой на тези прегледи, като данните са сходни с тези от 2008 г. – съответно 105 103 и 106 674 извършени диспансерни прегледа.

Тревожен е фактът за намаляване на специализираните профилактични прегледи за ЗЗОЛ от рисковите групи над 18 г. През 2008 г. те са намалели с 45.0% в сравнение с предходната година, като в 5 региона не са отчетени изобщо този вид прегледи.

Средномесечният брой *прегледи по програма „Майчино здравеопазване“* през 2008 г. е 36.2 хил. – ръст спрямо 2007 г. с 4.3%. Това произтича от предоставената възможност на бременните да бъдат наблюдавани от избран от тях акушер-гинеколог.

Броят на *първичните прегледи при педиатър* по повод остро възникнало състояние на деца от 0 до 14 г. през 2008 г. средно на месец се е увеличил с 11.0%. Подобен ръст (11.5%) е налице и при вторичните прегледи. Съотношението първичен/вторичен преглед от 78% се запазва непроменено в сравнение с 2007 г. Ръст от 20% бележи и средномесечният брой *профилактичните прегледи при педиатър* на ЗЗОЛ до 18 г. Докато през 2007 г. този вид дейност не е отчетена в 5 области на страната, то през 2008 г. тези области намаляват на три (Пазарджик, Русе и Търговище).

Средномесечният брой *ЛКК прегледи* през 2008 г. е 86.1 хил. при 81.7 хил. за 2007 г. (ръстът е 5.5%). На 100 ЗЗОЛ средно на месец са извършени 1.3 прегледа срещу 1.2 за 2007 г. Този показател е най-висок в област Габрово (3.5) и най-нисък в Търговище и Шумен (0.5). Структурата по пакети на ЛКК прегледите не се променя през периода - специалистите по „Неврология“, „Хирургия“, „Вътрешни болести“ и „Ортопедия и травматология“ са отчетели общо 71.8% от всички отрязъци по пакети.

С 5.0% е нараснал средномесечният брой на отчетените пред НЗОК курсове *физиотерапевтични процедури* (от 15.9 хил. за 2007 на 16.7 хил. за 2008 г.).

За периода 2007-2008 г. се увеличава броят на предоставените *високоспециализирани дейности (ВСД)*, като ръстът възлиза на 4.9%. На 100 ЗЗОЛ средно на месец са направени 0.51 ВСД, като този показател е най-висок за областите Пловдив (0.72), Монтана (0.71) и Ловеч (0.69), а най-нисък - за София-област (0.20), Благоевград (0.27) и Кюстендил (0.28). Преобладават ехокардиографиите (34.1%), следвани от ЕЕГ (10.9%). Високият дял на тези две ВСД може да се обясни и с факта, че във всички области в страната са сключени договори за извършването им. Средномесечно на 10 000 ЗЗОЛ се извършват по 20 ехокардиографии, като броят им варира широко – от 41 в областите Сливен и Монтана, до 5 в Кюстендил и Бургас.

През 2008 г. за СИМП са изразходвани 140 300 хил. (8.2% от разходите за здравноосигурителни плащания за медицински дейности), което е с 3% в повече от предвиденото със ЗБНЗОК. В сравнение с 2007 г. разходите са нараснали с 13.3%. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за 2008 г. възлиза на 167 лв. (2007 г. –153 лв.) или ръстът на разходите за едногодишен период е 9.2%, при изразени значими регионални различия. В структурата на разходите, диференцирана на базата пакети за 2008 г., най-висок е делът на средствата, изплатени за пакет „Кардиология“ (14.5%), следван от „Офталмология“ (11.0%) и „Акушерство и гинекология“ (10.2%).

Средномесечната стойност на извършената от един специалист дейност през 2008 г. е нараснала с 9.4% (от 1 215 лв. на 1 328 лв.). Най-висок ръст е отчетен в Плевен (21.1%), а най-нисък – във Враца (1.9%).

Средствата за ЛКК както за 2007, така и през 2008 г., представляват 1.6% от разходите за СИМП. Средномесечно за тази дейност през 2007 г. са изразходвани 175.7

хил. лв., а през 2008 г. 191.1 хил. лв. или увеличението е с 8.8%. Средствата за ВСД съставляват 5.6% от структурата на разходите в СИМП за 2008 г., като средно на месец през 2007 г. НЗОК е заплатила 628 316 лв., а през 2007 г. – 592 836 лв. (ръст от 6.0%). Най-висока средна цена е отчетена в Ст. Загора (19.84), а най-ниска – в Търговище (16.82). Средствата, заплатени за ВСД по пакети „Кардиология”, „Неврология” и „Офталмология”, съставляват 72 на сто от разходите. Средномесечният разход за ВСД през 2008 г. на 100 ЗЗОЛ за страната е 9.43 лв. (за 2007 г. – 8.91 лв.). Най-висок разход е отчетен в Пловдив (13.31 лв.), а най-нисък – в София-област (3.53 лв.).

2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ)

През 2008 г. средномесечният брой на практиките по дентална медицина (ДМ), сключили договор с НЗОК, е 5 243, а броят на лекарите в тях - 5 433. В сравнение с 2007 г. това е спад с 3.5% за практиките и с 2.6% за лекарите^{88 89}. Средно за страната през 2008 г. 10 000 ЗЗОЛ са обслужвани от 7.9 дентални лекари. Най-висока е била осигуреността в София-град и Пловдив, а най-ниска (под 5.5 на 10 хил. ЗЗОЛ) - в София-област, Търговище и Разград. Недостигът на дентални лекари, желаещи да сключат договор с НЗОК, както и тенденцията за ежегодното им намаляване не са преодолени и през 2008 г.

Дентална помощ на лица от 2 до 18 г. Тревожни са данните за профилактичната дейност, предоставена на ЗЗОЛ в детска възраст. С профилактични прегледи през 2008 са обхванати едва 27.5% от подлежащите лица - спад с 11.6% спрямо 2007. Успоредно с това намалява и обемът на предоставените лечебни услуги – лечението на пулпит на временни зъби намалява с 19.6%, на постоянни - с 14.7%, на obtурациите - с 14.0%, а екстракциите на постоянни зъби - с 27.7%.

Дентална помощ на лица над 18 г. През 2008 г. са направени профилактични прегледи на 1 244 456 ЗЗОЛ, което е приблизително с 10% по-малко от 2007 г. Налице е намаляване обема и на заплатените от НЗОК лечебни манипулации в сравнение с 2007 г. - obtурациите с 45.4%, а екстракциите с 40.4%.

През 2008 г. делът на средствата, заплатени от НЗОК за профилактични дейности е 0.22% от всички средства за дентална помощ и не бележи промени в сравнение с 2007 г. Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за първична и специализирана дентална помощ през 2008 г. е 90.50 лв. (ръст от 3.0% спрямо 2007). В специализираната ДП най-висок от всички предоставени дейности е броят на екстракциите на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб и съответно за това са изплатени и най-много средства - приблизително 500 хил. лв.

В заключение, в денталната помощ, заплатена от НЗОК, се установяват някои тревожни тенденции: спад на профилактичните прегледи, особено за децата; доминиране на екстракциите на зъби над съхраняващи терапевтични услуги; несъответствията между изискуемото и наличното оборудване на денталните практики, което е предпоставка за снижено качество на денталната помощ и др.⁹⁰ За решаването на част от тези проблеми е наложително спешното разработване и приемане на Национална програма за профилактика на оралните заболявания при децата.

2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности

През 2008 г. по договор с НЗОК⁹¹ медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани изследвания са предоставяли 634 лечебни заведения, които са

⁸⁸ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

⁸⁹ Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията 2005 – 2007 година. МЗ, 2008 г.

⁹⁰ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

⁹¹ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

извършвали общо 18.8 мил. изследвания при средномесечен ръст от 4.8%. В структурата на изследванията по пакети, както и в предходните години, преобладават клинично-лабораторните (84.4%), следвани от рентгенологичните (9.3%) и микробиологичните (3.2%). През 2008 г. средно месечно на 100 ЗЗОЛ са направени 24.1 изследвания при средна цена 2.84 лв., докато през 2007 г. те са били 18.4 при почти същата средна цена (2.79 лв.). Наблюдават се съществени регионални различия, като най-голям е броят на предоставените диагностични дейности на 100 ЗЗОЛ в областите в Пловдив (31), Видин (27) и Варна (26), а най-малък – в Кърджали (15), Силистра (17) и София-област (18).

Отбелязаните през предходните години проблеми в извънболничната помощ не са преодолени и през 2008 г.:

- ✓ не са отстранени сериозните трудности за достъп до ОПЛ в отдалечени, труднодостъпни и слабо населени места, чиито брой непрекъснато намалява;
- ✓ запазват се изразените териториални различия по отношение на нивата на всички наблюдавани показатели за ИМП;
- ✓ продължава да доминира индивидуалната практика като форма на организация на работа, което влияе негативно върху достъпността и качеството на медицинската помощ;
- ✓ все още не е регламентирана горна граница на регистрираните ЗЗОЛ при един ОПЛ, тъй като прекомерно големият им брой затруднява достъпа и влошава качеството на медицинската помощ;
- ✓ преценка на методиката за разпределение на регулативните стандарти с оглед потребностите по региони и осигуряване на адекватен достъп и своевременност на прегледите при специалист.
- ✓ все още е недостатъчен обемът на промотивните и профилактични дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум за оценка на тяхната ефективност;
- ✓ не е подобрена координацията между извънболничната (първична и специализирана) и болничната помощ, което затруднява приемствеността в наблюдението и лечението на болните;
- ✓ в денталната помощ се регистрира спад на профилактичните прегледи, особено за децата; доминиране на екстракциите на зъби над терапевтичните дейности и несъответствията, между изискуемото и налично оборудване на денталните практики;
- ✓ запазва се високата концентрация на лекари-специалисти в областните и регионални центрове, което затруднява достъпа на диспансеризираните лица до заплатени от НЗОК изследвания и снижава контрола над хроничните заболявания.

2.2. Болнична медицинска помощ

Наблюдаваното през последните години нарастване на броя на лечебните заведения за болнична помощ се запазва и през 2008 г., като прирастът е за сметка на разкриване на болници с частна форма на собственост. За едногодишен период (2007-2008 г.) броят на тези лечебни заведения е нарастнал от 71 на 85 (ръст от 19.7%).

По данни на НЦЗИ⁹² през 2000 г. болниците са били 299 (в т. ч. диспансери и лечебни заведения към други ведомства), а през 2008 г. достигат 353 с общо 49 507 легла в т.ч с частна форма на собственост с 4 053 легла (Таблица 4 в Приложението). От 2000 г. до 2006 г. се наблюдава намаляване на болничния леглови фонд, като от 60 552 през 2000 г. леглата са редуцирани до 47 719 през 2006 г., след което отново започва да нараства. През 2008 г. на 100 хил. души има разкрити 596.2 легла, което е под средния показател за ЕС.

⁹² Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦЗИ, София, 2009 г.

Макар и все още слаба, наблюдава се тенденцията за увеличаване на легловия фонд за краткосрочно лечение и наблюдение в извънболничната помощ — 961 легла за 2008 г при 843 за предходната година¹.

В *структурата на болниците по вид* с държавна и общинска форма на собственост (без диспансерите и ЛЗ от извънболничната помощ) не се установява съществена динамика в сравнение с предходната година - преобладават многопрофилните болници за активно лечение 40.3% (123), следвани от специализираните - 23.0% (70).

Броят на *диспансерите с легла*, общо и по видове, както и броят легла, се променят незначително в последните четири години: диспансери за пневмо-фтизиатрични заболявания 13 с 785 легла, за кожно-венерически заболявания - 11 с 218 легла, за онкологични и психиатрични заболявания по 12 с 1626 и 1525 легла. В страната са разкрити 12 болници за *психиатрично лечение* с 2 705 легла. Числеността на тези болници остава постоянна, като обаче броят на леглата през през 2008 г. е редуциран с 3.1%. Запазват броя си болниците към други ведомства (общо 15). Както и през 2007 г. около 2/3 от болничните легла (61.1%) са разкрити в многопрофилните болници за активно лечение (за 2007 г. - 62.1%). *Хосписите* през 2008 г. са се увеличили с 10 в сравнение с предходната година.

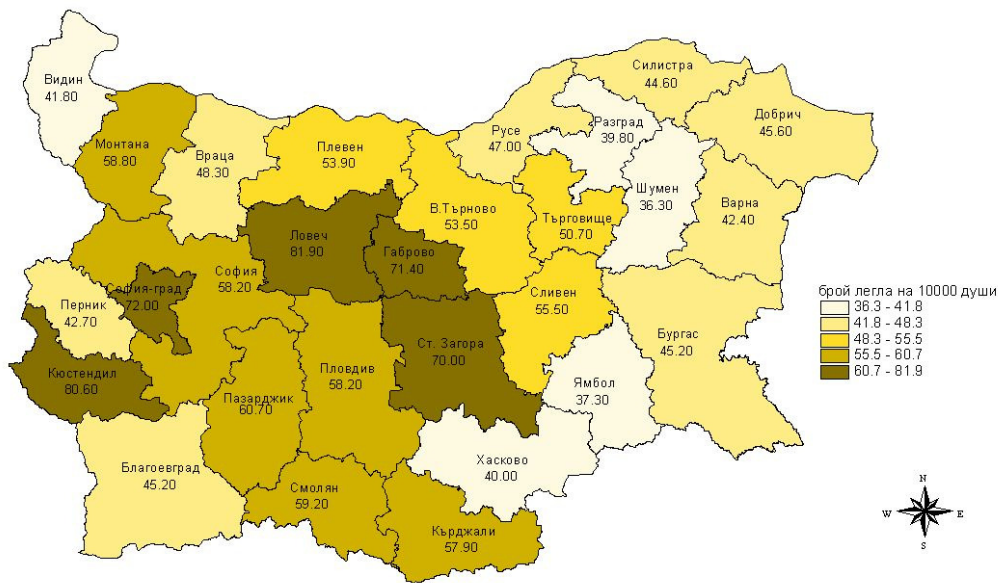
В *структурата на специализираните болници* тези за активно лечение представляват 42.9%. Здравната система разполага със 7 специализирани болници за долекуване и продължително лечение, 11 – за продължително лечение, долекуване и рехабилитация и 22 - за рехабилитация, като броят на тези заведения е постоянен в последните години и не отговаря на потребностите от този вид лечебни заведения.

Осигуреността с болнични легла по области, общо и на 10 000 население, е представено на Фиг. 34 и Фиг. 35. Видна е регионалната диспропорция на легловия фонд.

Фиг. 34. Легла в лечебни заведения за болнична помощ по области (по данни на НЦЗИ)

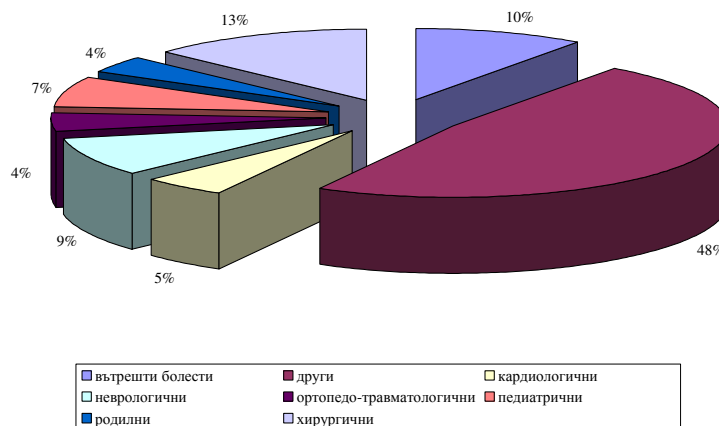


Фиг. 35. Легла в лечебни заведения за болнична помощ, на 10 000 души по области (по данни на НЦЗИ)



Структурата на леглата по вид в многопрофилните болници за активно лечение е представена на Фиг 36.

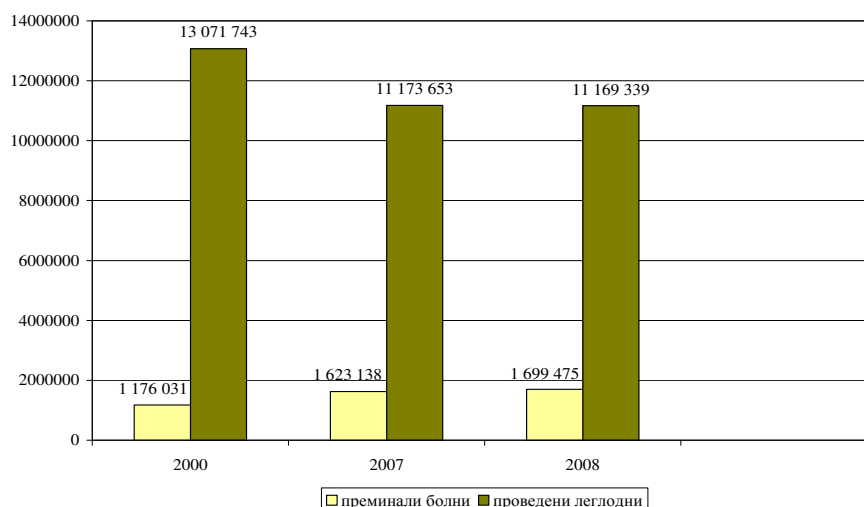
Фиг. 36. Относителен дял на леглата по вид в МБАЛ през 2008 г. (по данни на НЦЗИ⁹³)



За периода 2000–2008 г., броят на **преминалите болни** през лечебните заведения за болнична помощ като цяло непрекъснато се увеличава (Фиг. 37), докато броят на проведените леглодни бележи спад. При сравнение на данните на НЦЗИ и НЗОК 64 546 хоспитализации не са били покрити от НЗОК.

⁹³ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦЗИ, София, 2009 г.

Фиг. 37. Преминали болни в лечебните заведения за болнична помощ и проведени леглодни през 2000, 2007 и 2008 г. (по данни на НЦЗИ) (без лечебните заведения към други ведомства)

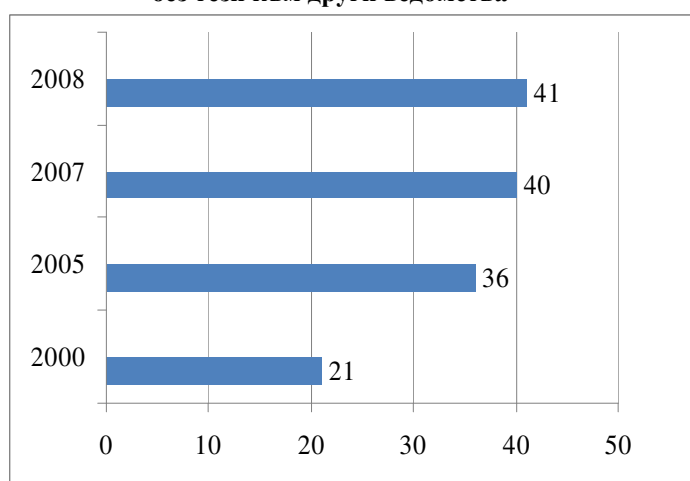


Формира се средно висок показател за хоспитализация – 22.34% (22.65% за 2007 г.), доближаващ се до средните стойности за ЕС.

Използваемостта на легловия фонд за 2008 г. в по-голямата част от ЛЗ за болнична помощ показва тенденция за намаляване (Таблица 5 в Приложението). Увеличаване на използваемостта е регистрирана предимно в специализираните болници за активно и продължително лечение и рехабилитация, в психиатричните и частните лечебни заведения.

Наблюдава се постепенно увеличаване на оборота на леглата като резултат от подобряване използваемостта на легловия фонд и намаляване на средния болничен престой (Фиг. 38).

Фиг. 38. Оборот на болничните легла средно за болничните заведения, без тези към други ведомства



От 2000 г. **продължителността на болничния престой** бележи стабилна тенденция за намаляване. През 2008 г. средният престой за всички ЛЗ за болнична помощ е бил 6.6, като за многопорофилните болници е намалел от 10.1 дни през 2000 г. на 6.2 - за 2008 г. (6.4 през 2007), а за специализираните болници за активно лечение – от 10.4 дни на 6.3 дни (6.5 дни 2007).

Психиатричните лечебни заведения запазват най-висок среден престой от 60.1 дни за болниците (61.1 за 2007) и 22.3 за психиатричните диспансери (23.6 за 2007), последвани от пневмо-фтизиатричните диспансери – 12.3 (12.6 дни през 2007). Голямата средна продължителност в тези болнични заведения се обуславя от спецификата на заболяванията.

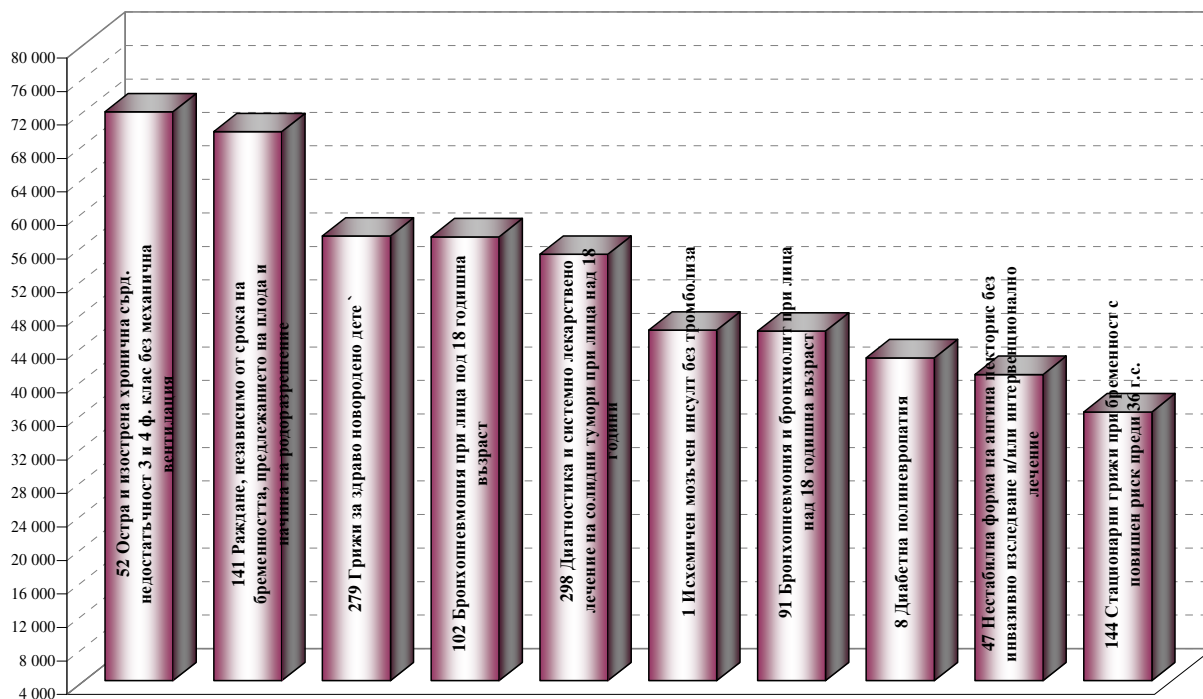
През 2008 г. НЗОК е сключила общо 428 договора с изпълнители на болнична медицинска помощ. За дейност по клинични пътеки (КП) договорни партньори са 140 многопрофилни болници, 75 специализирани болници, 33 диспансера, 25 МЦ, 12 ДКЦ, 1 МСЦ и 47 други. Спрямо 2007 година договорите за дейности по КП са се увеличили с 6, за сметка на специализираните болници. Общият брой договори за високоспециализирани дейности на лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения от СИМП с разкрити легла е 89, от които – 14 с многопрофилни болници, 6 със специализирани болници, 11 с диспансери, 22 с МЦ, 32 с ДКЦ, 1 с МСЦ и 3 с други (Таблица 4 от Приложението).

За дейности в болничната помощ НЗОК е изплатила общо 1 006 799 хил. лв.

Регистрираното увеличаване на хоспитализациите при запазване на броя на клиничните пътеки продължава и през 2008 г. За годината по КП общият брой хоспитализирани е 1 634 929 или с 5.2% повече спрямо 2007 г. (1 553 507). Най-висок е броят на хоспитализираните в УМБАЛ «Св. Георги», гр. Пловдив - 66 838; МБАЛ «Св. Марина» ЕАД, гр. Варна 38 244; МБАЛСМ «Н. И. Пирогов» ЕАД – 36 302; УМБАЛ Плевен ЕАД – 35491, МБАЛ Русе АД – 31 551. 22 заведения са отчетели по-малко от 200 хоспитализации, като това са предимно ДКЦ и МЦ, с разкрити легла и специализирани частни болници.

Десетте клинични пътеки, с отчетен най-висок брой случаи за 2008 г., са представени на Фиг. 39.

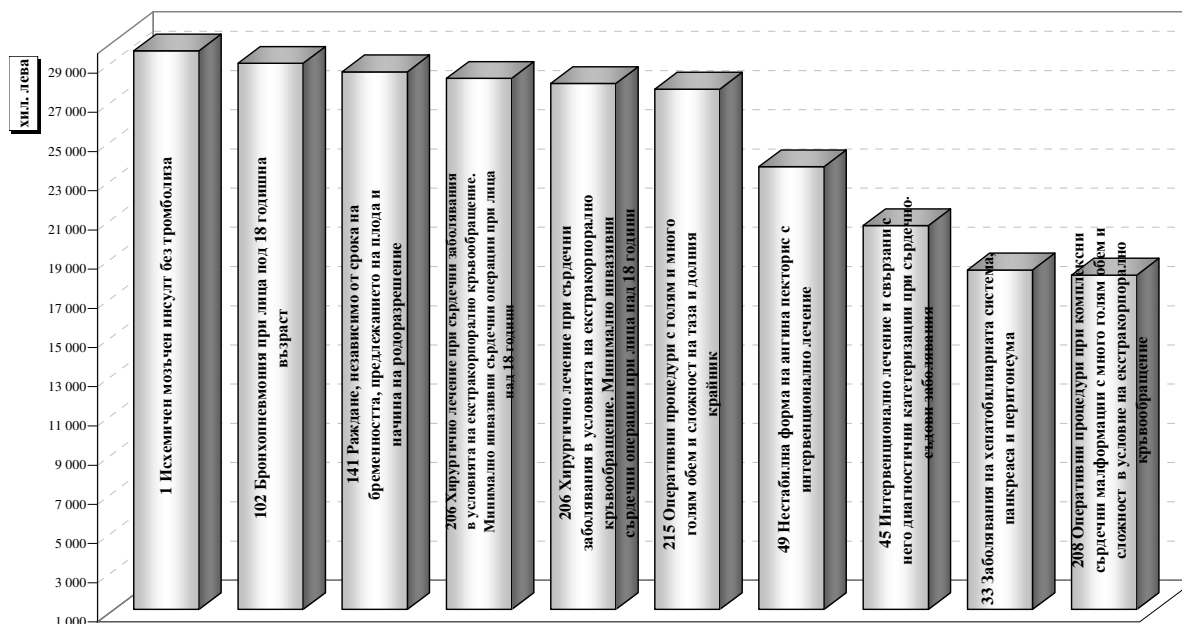
Фиг. 39. Десетте клинични пътеки с отчетени най-висок брой случаи⁹⁴



⁹⁴ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

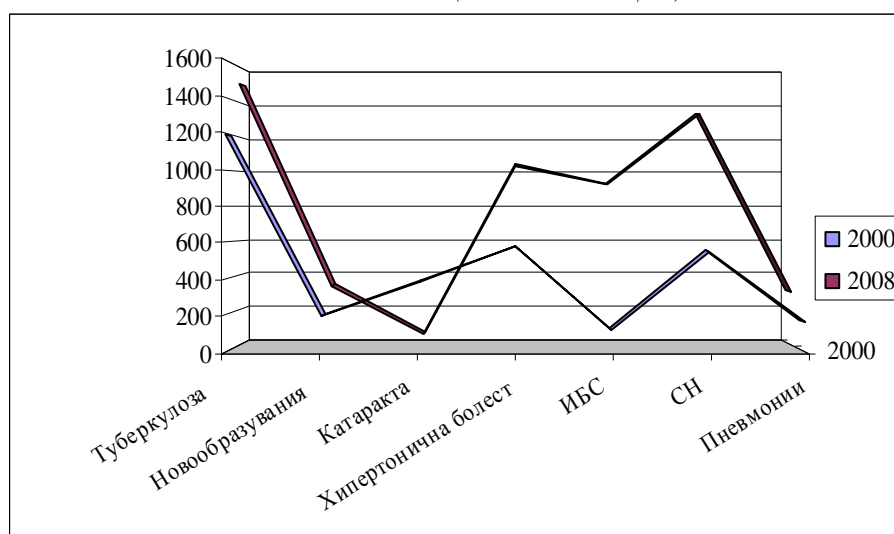
Наблюдаваното, макар и непълно съответствие между КП, за които са заплатени най-много средства и тези, по които са отчетени най-висок брой случаи, се отчита и през 2008 г. (Фиг. 40.).

Фиг. 40. Десетте клинични пътеки с най-висок разход на средства⁹⁵



Средномесечният разход на НЗОК за болнична медицинска помощ през 2008 г. възлиза на 76 432 хил. лв., а през 2007 г. – 69 324 хил. лв. (ръст от 10.3%). Средномесечният брой хоспитализирани през 2008 г. е 136 244 спрямо 129 459 за 2007 г., т.е. увеличението по този показател е с 6 785 пациента на месец. Средната цена на един преминал болен през 2008 г. е 566 лв., а за 2007 г. - 539 лв. или увеличението е с 5.0%.

Фиг. 41. Честота на хоспитализациите по повод на някои заболявания на 100 000 население⁹⁶ (по данни на НЦЗИ)



⁹⁵ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

⁹⁶ Хоспитализирана заболеваемост в Република България за периода 2000-2008 г. НЦЗИ, 2009 г.

По данни на НЦЗИ за периода 2000-2008 г. се установява тенденция за увеличаване на абсолютния брой на всички хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения, а не само заплатените от НЗОК по клинични пътеки. Отбелязват се значими промени и в хоспитализационната честота по повод на някои заболявания, отразени на Фиг. 41. Трудно може да се отчете в каква степен това е резултат от изкривяването на данните, породено от въвеждането на клиничните пътеки или оказват влияние и други фактори.

Отбелязаните през предходните години проблеми в болничната помощ не са преодолени и през 2008 г.:

- ✓ стойността на КП не е обвързана с тежестта на заболяването, придружаващите заболявания и качеството на предоставеното лечение, което създава възможност за увеличаване хоспитализациите на болни по- “доходоносни” КП и стремеж за вписване на диагноза, която е включена в КП с по-добро финансиране и ограничено хоспитализиране на възрастни, полиморбидни и рискови пациенти;
- ✓ подходът на финансиране по КП се свързва с генериране на загуби от лечебни заведения, които лекуват комплицирани случаи;
- ✓ рискът да не се осъществи заплащане от НЗОК е свързан със съществена промяна в диагностичния процес – извършват се само диагностични дейности, които са вписани в алгоритъма на КП, включваща окончателната диагноза и в редица случаи се пропускат диагностично-лечебни дейности, които са необходими за уточняване на състоянието и комплексното лечение на пациента;
- ✓ продължава съществуването на нерационална структура на болничния леглови фонд по области и специалности;
- ✓ недостатъчен е броят на профилираните лечебни заведения за пациенти със завършило активно лечение (за долекуване и рехабилитация и др.).

2.3. Спешна медицинска помощ

През 2008 г. в страната функционира мрежа от 28 самостоятелни центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и 195 филиали, разкрити към тях. През 2007 г. спешните сектори на филиалите бяха закрити, а спешните отделения (СО) преминаха от ЦСМП към МБАЛ в областните градове (с изключение на София-град, където бяха създадени спешни портали). Преструктурирането имаше за цел подобряване на взаимодействието на спешната с болничната помощ, по-ефективно използване на кадровите и материалните ресурси на болниците и гарантиране целостта на протичане на медицинския процес. Това обаче доведе до скрито натоварване на бюджетите на болниците поради направени разходи по спешност, които не се калкулират в цената на съответната клинична пътека.

През 2008 г. ЦСМП разполагат по щат с 7 113 длъжности, 95.7% от които са били заети. Най-голям е бил недостигът от лекари (9.9%) и санитарии (28.6%). Докато персоналят на ЦСМП намалява със 119 лица в сравнение с 2007 г., то този в СО запазва броя си. Тревожната в страната тенденция за намаляване на персонала за здравни грижи е налице и в СО – спад с 9.9% спрямо 2007 г. (Таблица 6 в Приложението). През 2008 г. помощ при спешни състояния са оказвали 392 мобилни екипа на ЦСМП в страната, в т.ч. 90 реанимационни, 265 лекарски и долекарски и 37 транспортни⁹⁷. Макар и с 20 повече от 2007 г., в повечето центрове екипите са работили в недокомплект с оглед осигуряване изпълнението на Наредбата за 7-часов работен ден на медицинския персонал.

⁹⁷ По данни на Дирекция “Медицински дейности” в МЗ

Налице е изразеното текучество на персонала, особено сред лекарите и сестрите, поради ниското заплащане, трудните условия на работа, слабата професионална мотивация и др. Все още малко са лекарите със специалност «Спешна медицина». Всички това се отразява крайно неблагоприятно върху кадровото осигуряване на СМП през последните години.

През 2008 г. екипите на ЦСМП са изпълнили общо 843 029 повиквания, стойност много близка до тази през 2007 г. (Таблица 7 в Приложението). Преобладават повикванията за оказване на спешна помощ – 75.5%. В сравнение с 2007 г. прави впечатление известно намаляване на дела на спешните повиквания за сметка на нарастване на този на неспешните – такова е било всяко девето повикване (11.3%). Средната натовареност на мобилен екип в рамките на една работна смяна остава близка до тази през 2007 г. - 3.0. Обичайната практика ЦСМП да се отзовават на всички повиквания води до значителен преразход на човешки, материални и финансови ресурси. Делът на повикванията от транспортно естество остава голям и през 2008 г. – 13.2% (14.2% през 2007 г.).

Броят на обслужените лица от структурите на СМП в страната през 2008 г. нараства спрямо 2007 г. с 55 906 души или 3.2% (Таблица 8 в Приложението). Тази тенденция е особено изразена по отношение на СО – ръстът при тях достига 9.3%.

През 2008 г. в СО са извършени общо 752 227 амбулаторни прегледа, в резултат на което са хоспитализирани по спешност 221 646 лица – 29.5%⁹⁸. За медицинската помощ, оказана на всеки пациент, преминал през СО, с престой до 24 часа, който не е бил хоспитализиран, МЗ е заплащало на съответното ЛЗ по 20 лв., по ред, определен от министъра на здравеопазването. Преобладава мнението, че тази сума далеч не покрива направените разходи по диагностичното уточняване и осъществените лечебни мероприятия на този контингент (до 3 пъти според някои експерти). От друга страна, болниците не получават никакви средства за обслужването на приетите в тях лица, осъществено в СО преди последващата хоспитализация. Всичко това натоварва бюджета на ЛЗ, в които са разкрити СО, и води до значителен преразход на финансови средства, респ. до натрупване на дългове.

Сградният фонд на ЦСМП като цяло е с достатъчна площ, но част от него се нуждае от реновиране. През 2008 г. ЦСМП са разполагали с 864 транспортни средства (ръст от 5.6% спрямо 2007 г.). Значителна част от наличния автопарк е подновена със закупуването на 157 санитарни автомобили през 2007 г. и 108 - през 2008 г. Продължава подмяната и на остарялата и амортизирана медицинска апаратура. Всички ЦСМП са обезпечени с необходимите медикаменти и консумативи, доставката на които се извършва в съответствие с изискванията на ЗОП. Започнато е изграждането на интегрирана комуникационно-информационната система на ЦСМП и се работи по внедряване на единния европейски номер за спешни повиквания 112 в страната.

ЦСМП се финансират чрез пряка държавна субсидия от републиканския бюджет. По отчет за 2008 г. техният бюджет е 80 731 723 лв., в т.ч. 59 664 002 лева за ФРЗ и социални осигуровки и 19 645 794 лв. за издръжката на тези заведения⁹⁹. Независимо от увеличението на отпуснатите средства (с 30.3% спрямо 2007 г.), системата продължава да изпитва недостиг на финансови ресурси.

Функционирането на системата на СМП през 2008 г. се затруднява поради редица структурни, организационни и технически причини, по-важните от които са:

- ✓ обслужване в ЦСМП и в СО на голям брой лица без индикации за спешност, най-често получили помощ от личните си лекари или без здравно осигуряване;

⁹⁸ По данни на годишните анализи на РЗЦ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в областта - 2008

⁹⁹ По данни на Дирекция «Медицински дейности» в МЗ

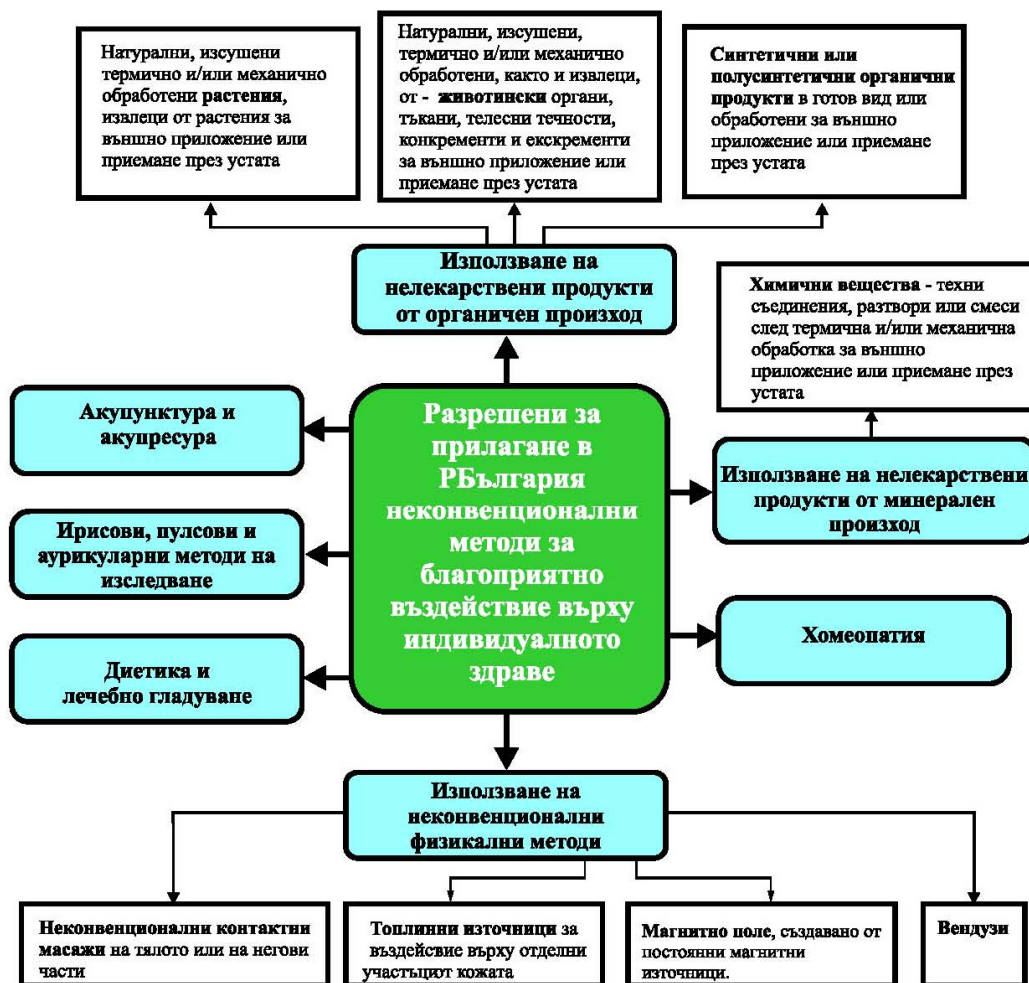
- ✓ нерешени въпроси с финансирането на дейността на СО, което нарушава бюджетите на съответните болници и води до значителен преразход на средства;
- ✓ недостиг и текучество на медицинския персонал (основно лекари) и санитарни в ЦСМП, главно поради ниското заплащане, трудните условия на работа и ограничените възможности за професионално развитие;
- ✓ пропуски в работата на информационно-координационните централи, свързани с приемането на спешни повиквания и разпределянето им между мобилните екипи;
- ✓ недостатъчна, а в някои случаи и разминаваща се информация за дейността на СМП от различни институции;
- ✓ липса на собствен въздушен транспорт за пациенти със спешни състояния, поради което същият се решава на базата на едногодишни договори (след края на 2008 г. такъв все още не е сключен).

2.4. Неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве

Използването на неконвенционалните методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве нарастват както в световен мащаб, така и в България.

Разрешените за прилагане в Р България неконвенционални методи са отразени на следващата схема (Фиг. 42).

Фиг. 42. Разрешените за прилагане в Р България неконвенционални методи



Право да практикуват изброените неконвенционални методи имат български граждани и граждани на държави-членки на Европейския съюз, другите държави от Европейското икономическо пространство и Швейцария съгласно българското законодателство.

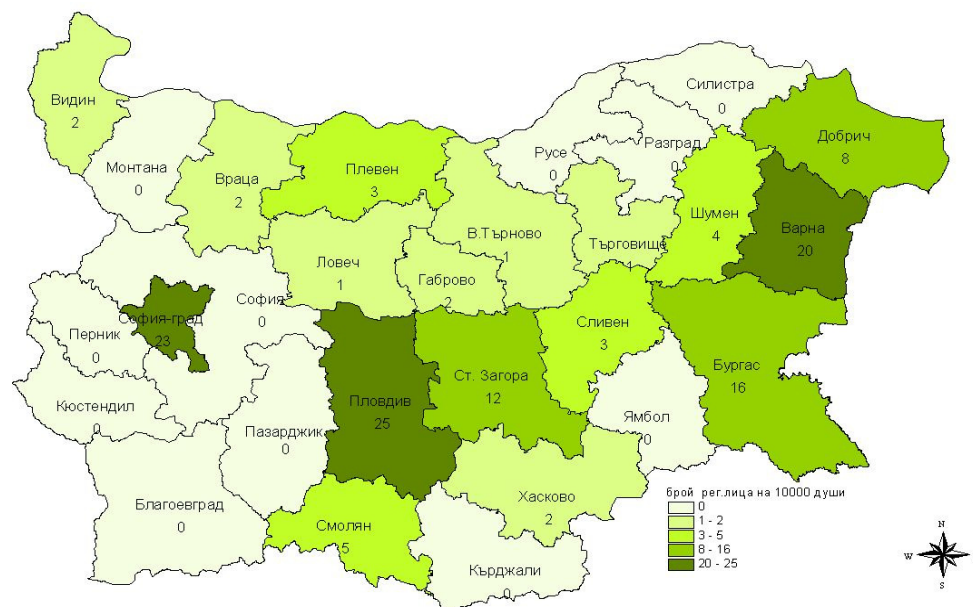
Поради това, че у нас липсва статистическа информация относно потребителите на неконвенционални здравни услуги в страната, посочваме данни от предишни наши проучвания.¹⁰⁰ Потребителите на неконвенционални здравни услуги, доставяни от билкари, костоправи, баячки, са: 57,27 % от анкетираните граждани, предимно жени (около три пъти повече от мъжете), на възраст между 31 и 40 години (17,52%) и български граждани с висше (35,46%) и средно (48,72%) образование.

Потребителите на неконвенционални здравни услуги, доставяни от екстрасенси, са: 59,4% от анкетираните граждани, предимно жени, на възраст между 31 и 40 години, предимно с висока степен на образование – висше (37,85%) и полувисше (9,96%).

Законно практикуващите доставчици на неконвенционални здравни услуги в страната към 31.12.08 г. по данни на РЦЗ¹⁰¹ са: 130 лица, регистрирани в 17 РЦЗ, като 31 от тях практикуват хомеопатия¹⁰². Разпределението им по области е посочено на следващата карта (Фиг. 43).

По данни на организации, които провеждат обучение у нас по прилагане на хомеопатичния метод¹⁰³, магистрите по професионални направления “Медицина “ и “Дентална медицина”, преминали обучение по хомеопатия към 31.12.08, са 1 666 лица.

Фиг. 43. Брой регистрирани лица в РЦЗ в страната, упражняващи неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве



¹⁰⁰ Данни от анкетни пилотни проучвания, проведени с граждани у нас, датирани към 2000 г.

¹⁰¹ Данните са взети от регистрите на РЦЗ в страната и се отнасят към 31.12.2008 г.

¹⁰² 9 лица са се регистрирали за упражняване само на хомеопатичния метод, а 22 лица са посочили - и други неконвенционални методи

¹⁰³ Поради това, че магистрите по “Медицина” и “Дентална медицина”, които са регистрирали лечебно заведение или работят в лечебно заведение, могат да предписват хомеопатични лекарствени продукти без регистрация в съответните РЦЗ-та за упражняване на неконвенционалния метод “хомеопатия” по реда на чл. 170, ал. 1 от Закона за здравето, тези данни са предоставени от организации, които провеждат обучение по хомеопатия у нас - Асоциация на лекарите-хомеопати в България – 150 човека, Център за здраве и образование “Едикта” (обучението е акредитирано от Европейския комитет по хомеопатия) – 47 човека, Център за обучение и развитие на хомеопатията в България (провеждащ обучение съвместно с МУ в градовете - София, Варна, Плевен, Пловдив) – 1329 човека, Сдружение “Хомеопатично общество” – 115 човека, НЦОЗ – 25 човека.

ЧЕТВЪРТИ РАЗДЕЛ: УПРАВЛЕНИЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Министерството на здравеопазването ръководи националната система за здравеопазване и осъществява контрол върху дейностите по опазване здравето на гражданите и държавния здравен контрол, по осигуряване на качеството и устойчивото развитие на лечебните и здравните заведения и медицинската експертиза. В изпълнение на тези свои функции и през 2008 г. институцията запазва своята структура. Към Министерството функционира като консултативен орган Висш медицински съвет, който дава становища по важните проблеми на здравната политика, проектобюджета и нормативните актове в областта на здравеопазването, приема на студенти и специализанти и видовете специалности от професионална област "Здравеопазване", научните приоритети в областта на медицината и денталната медицина и др.

Органи на управлението на националната система за здравеопазване в страната са и Регионалните центрове по здравеопазване (РЦЗ) и Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ). Структурите, функциите и йерархичните взаимоотношения в системата, както и взаимодействието с други държавни институции се уреждат със Закона за здравето и Устройствения правилник за дейността на МЗ.

В рамките на законодателните инициативи в областта на здравеопазването, през 2008 година са приети *41 нови нормативни акта*, от които два закона (Закон за ратифициране на Споразумението за предоставяне на безвъзмездна помощ по програма "Подобряване на контрола на туберкулозата в България" между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Министерството на здравеопазването на Република България и Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2009 г.), 4 решения на Народното събрание (за отчетите за изпълнение на бюджетите на НЗОК за 2004, 2005 и 2006 г. и Решение за приемане на Национална здравна стратегия 2008 - 2013 г. и План за действие към нея), 4 споразумения (Споразумение между Правителството на Република България и Правителството на Кралство Белгия за сътрудничество в областта на здравеопазването, двугодишно споразумение за сътрудничество между Министерството на здравеопазването на Република България и Европейското регионално бюро на Световната здравна организация за 2008 - 2009 г., Споразумение за предоставяне на безвъзмездна помощ по програма "Подобряване на контрола на туберкулозата в България" между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Министерството на здравеопазването на Република България и Споразумение между Правителството на Република България и правителството на Република Кипър за сътрудничество в областта на здравеопазването и медицинската наука). Законодателните инициативи включват и 11 постановления на МС, свързани с въпросите на биоцидите, делегираните бюджети, Изпълнителната агенция по лекарствата, професионалните болести, единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по професионално направление "здравни грижи" и др. Приети са и 20 Наредби на МЗ, по-важните от които се отнасят до дейността на службите по трудова медицина, качеството, безопасността и ефективността на лекарствените продукти, безопасността на медицинските изделия в хода на клиничните изпитвания, придобиването от общопрактикуващите лекари на специалност по "обща медицина", проблемите на професионалните болести, профилактиката и контрола на внасяните паразитни болести, признаването на организациите на пациентите за представителни организации и др.

Законодателната дейност включва и *36 приети изменения и допълнения на нормативни актове*, от които 4 закона (Закон за изменение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина – две поправки, Закон за изменение и допълнение на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите и Закон за изменение и

допълнение на Закона за медицинските изделия), 8 постановления на МС, по-важните от които касаят въпроси на минералните, изворни и трапезни води, дехидратираните млека, химичните вещества, етикетирването на храните и добавките в тях, таксите в системата на МЗ и др. Приетите 24 наредби на МЗ засягат проблеми на: детските ясли и кухни; медицинските изделия; лечението на български граждани за заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване; предметите от пластмаса, предназначени за контакт с храни; козметичните продукти; пестицидите; дрогерите; придобиването на специалност в системата на здравеопазването; безопасните условия на труд; изискванията към лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи.

В рамките на междусекторното сътрудничество и в изпълнение на законодателната програма на Министерския съвет, през 2008 г., Министерството на здравеопазването е работило съвместно с МИЕ и МЗП по Законопроект за изменение и допълнение на Закона за храните, както и с други министерства по проблеми, свързани с общественото здраве.

Подготвителна работа е извършена и във връзка със Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения и Закона за изменение и допълнение на Закона за здравето.

Контролната си и методична функции Министерството на здравеопазването осъществява и чрез своите органи – **Регионалните центрове по здравеопазване (РЦЗ)**.

Във връзка с дейностите по координиране и контрол върху дейността на първичната и специализирана извънболнична и болнична помощ през годината, в РЦЗ са приети и обработени 13 419 отчети за извършените профилактични прегледи от лечебните заведения и 16 795 отчети за извършените диспансерни прегледи от лечебните заведения в страната (Таблица 9 в Приложението).

Констатирани са и пропуски, които крият сериозен риск за здравето на населението: недостатъчна и често формално осъществявана дейност по профилактиката на заболяванията, в т.ч. и при провежданите профилактични прегледи; затруднения при обхващане на децата от етническите малцинства при извършване на профилактичните прегледи и имунопрофилактиката; невъзможност за осъществяване в пълен обем на дейностите по диспансерно наблюдение поради ограничението в регулативните стандарти, определяни от НЗОК.

Оказаните дейности по програмата за методична помощ и контрол, дадените предписания и изготвените статистически анализи на данните имат за цел да подобрят профилактичната и диспансерната дейност в системата и да отстранят констатираните пропуски и недостатъци. Следва да се отчете обаче, факта, че заплащането и контролът на тези дейности се осъществява от НЗОК/РЗОК, поради което възможностите на РЦЗ да контролира самостоятелно този процес са ограничени (Таблица 10 в Приложението).

Координирането и контролът върху детското здравеопазване са една от основните дейности на Регионалните центрове по здравеопазване, които осъществяват методична помощ и контрол на дейността на здравните и стоматологични кабинети в детски градини, училища, социални домове, детските ясли, ДМСГД и др. Тази дейност се осъществява в колаборация с общинските администрации.

Във връзка със задоволяване на потребностите от извънболнична помощ и осигуряването на пациентите на избор и поради липсата на достатъчно лекари-специалисти, работещи само в извънболничната помощ, през 2008 г. са изготвени становища за 2 790 лекари по определени специалности от болничните заведения, които да сключат договор с НЗОК за пакет дейности в специализираната извънболнична помощ (Таблица 11 в Приложението).

С оглед осигуряване качеството на медицинската дейност, през 2008 г. са извършени 1 085 проверки по изпълнението на медицинските стандарти в лечебните

заведения за извънболнична помощ. Би трябвало да се отбележи, че се запазва тенденцията за отчитане на голям брой извършени проверки, които в малък процент завършват с констатиране на административно нарушение и налагане на административно наказание.

През 2008 г. са проведени 107 анкетни проучвания за удовлетвореността на пациентите от оказаната им медицинска помощ. Във връзка с осигуряване на директен достъп на гражданите до информация за националната здравна политика са организирани 268 срещи на ръководствата и експертите на РЦЗ с представители на неправителствени организации, асоциации на пациенти, медицински специалисти и други за разясняване на целите и принципите на националната здравна политика в сферата на извънболничната помощ и правата на пациентите (Таблица 12 в Приложението).

През 2008 г. се наблюдава увеличаване на броя на информациите в медиите – 515 публикации (Таблица 13 в Приложението).

Във връзка с необходимостта от реструктуриране на болничната мрежа и разработването на областните и Национална здравна карта, през 2008 г. във всички РЦЗ са изготвени анализи на здравното състояние на населението в съответната област и на потреблението на болнична помощ, ефективността на наличната болнична мрежа, както и на необходимите ресурси за задоволяване на потребностите на населението (Таблица 14 в Приложението).

Общият брой на извършените през 2008 г. комплексни проверки в лечебни заведения за болнична помощ е 1 349, което значително надвишава броя на извършените проверки през 2007г. – 744. В резултат на тези проверки са изготвени 539 предписания, съставени са 8 акта за установяване на административни нарушения и са издадени 4 наказателни постановления.

Във връзка със засиления контрол на разходването на медикаменти за скъпоструващо лечение, заплащано от републиканския бюджет, контролните органи на РЦЗ са извършили 917 проверки, като за установените пропуски са изготвени 278 предписания.

Контролна дейност осъществява и НЗОК със своите подразделения РЗОК.

Общо за страната броят на извършените медицински и финансови проверки на договорни партньори от извънболнична медицинска и дентална помощ и аптеки през 2008 г. е 21 296, в т.ч. 3 250 аптеки. Най-честите нарушения са свързани с: изискванията за функционираща апаратура; липса на функциониращо и налично оборудване в ЛЗ за ПИМП; сключване на договори за част от основния пакет МДИ; съвпадение на графика за работата на лекари специалисти, работещи в изпълнение на договори в извънболничната и болничната помощ; неспазване на графика за обслужване на пациентите и др.

През 2008 г са извършени общо 2 105 проверки в ЛЗБП (при 2233 през 2007 г.) и са проверени общо 11 047 КП (при 11 463 за 2007 г.). Прави впечатление намаления брой констатирани нарушения – общо 5 427 (при 6621 за 2007 г.).

Основният вид нарушение е свързан с лечебно-диагностичния процес, като в последната година са се увеличили случаите на несъответствие на договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ. Медицинските проверки установяват най-често: неспазване в голям процент на индикациите за хоспитализация или неспазване на условията за лечение по определена клинична пътека (КП) – това се установява при 53% от ЛЗБП и неспазване на диагностично-лечебния алгоритъм в частта “дехоспитализация” – неназначаване и липса на извършени контролни изследвания, липса на консултации със специалисти, неправомерно насочване към ВСД в извънболничната помощ, когато същите изследвания са включени в съответната КП, дублиране на дейности и др. През

2008 г. се констатира и „стриктно спазване” на минималния болничен престой. Неправилната интерпретация, че минималният болничен престой означава, че НЗОК заплаща само за тези дни лечението на болните, е невярно твърдение и води до изписване на недолекувани пациенти или на пациенти с неуточнена диагноза. Има многократни случаи да се изисква заплащане за останалия болничен престой, извън предвидения минимален.

Особено тежки нарушения се установяват при диагностиката, лечението и проследяването на болните със злокачествени новообразувания - изписване на пациенти с по-малък брой извършени диагностични процедури, липса на извършени и отчетени задължителни диагностични процедури, изписване на пациенти с неуточнена диагноза и др.

Чести нарушения през 2008 г. и през 2007 г. остават тези, свързани с работата с документи по КП и финансови отчетни документи. През 2008 г. във всички РЗОК се отчита намаление на този вид нарушение. Като цяло за системата намалението е 3 пъти.

През 2008 г. се отчита намаление с 27.7% на случаите на заплащане или доплащане от пациенти за дейности, които се заплащат напълно от НЗОК (129 за 2007 г., 94 за 2008 г.).¹⁰⁴

С оглед осигуряване на качеството на медицинските дейности и през 2008 г. продължава работата по изготвяне и актуализиране на **МЕДИЦИНСКИТЕ СТАНДАРТИ**. Налице са работни версии на нови 11 проекта, както следва: пневмология и фтизиатрия, медицинска генетика, кожни и венерически болести, гастроентерология, урология, ушни, носни, гърлени болести, външна оценка на качеството на лабораторните изследвания, превенция и контрол на вътреболничните инфекции, детска дентална медицина, орална хирургия и ортодонтия.

Наред с това са изготвени работни версии на 5 проекта за актуализация на стандартите по: образна диагностика, общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, кардиохирургия, гръдна хирургия, висцерална хирургия, лицево-челюстна хирургия, пластично-възстановителна хирургия и детска хирургия, медицинска вирусология, медицинска паразитология, нуклеарна медицина.

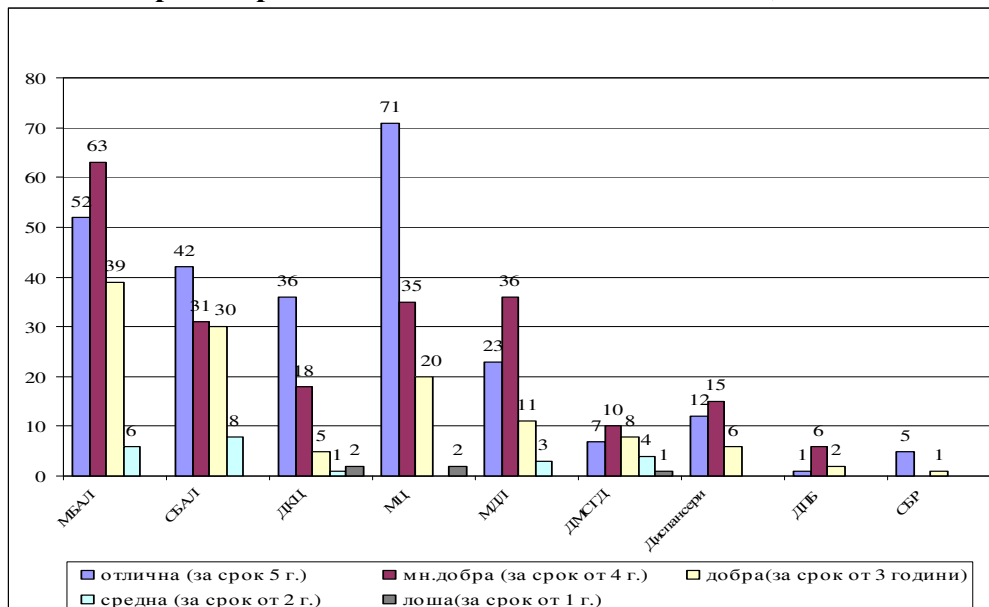
С наредба на министъра на здравеопазването през 2008 г. е утвърден медицински стандарт «Козметична (естетична) хирургия».

Извършена е финализация на медицинските стандарти «Акушерство и гинекология» и «Клинична хематология», издадени с наредби на министъра на здравеопазването в началото на 2009 г.

И през 2008 г. продължава **АКРЕДИТАЦИЯТА** на лечебните заведения, като към 15 май 2009 г. са акредитирани общо 612 лечебни заведения, от които 249 са получили отлична оценка, 214 – много добра, а 5 – лоша (Таблица 15 в Приложението) и Фиг. 44.

¹⁰⁴Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

Фиг. 44. Акредитирани лечебни заведения по видове (към 15.05.2009 г.)



Актуализирането на **НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА КАРТА** е прието като основа за оптимизиране на инфраструктурата на лечебните заведения на регионално и национално ниво и за изграждане на капацитета на човешките ресурси в здравната система. Разработен е “Базисен модел за осигуреност с болнични легла в Република България” и Модел на геобазирана информационна система за подпомагане на създаването и поддържането на Националната здравна карта на Република България. Дадена е възможност на РЦЗ да приложат модела като го съобразят с местните особености и потребности на населението. Със заповед на Министъра на здравеопазването са създадени областни съвети за разработване на областните здравни карти. Представени са модели за национално и областно ниво.

Изготвени са предложения за промени в законодателната уредба (Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване), без които е невъзможна актуализация на Националната здравна карта.

През 2008 г. са извършени редица дейности по въвеждане на **ЕЛЕКТРОННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**.

През месец декември 2008 г. бе приет представеният от МЗ Проект на план за изпълнение на Стратегията за електронно здравеопазване, в който са посочени необходимите ресурси, сроковете за изпълнение, финансирането и организацията на цялостния процес.

В изпълнение на Стратегията са реализирани следните по-значими проекти до момента:

- Геобазирана информационна система за подпомагане на създаването и поддържането на Националната здравна карта на Република България /ГИС за НЗК/ и изграждане на подсистема за публикуване на информация за лечебните заведения в интернет;
- Централизирана информационна система за отпускане на медикаменти, за които се заплаща от Републиканския бюджет;
- Национален информационен център за данни на Министерство на здравеопазването, предоставящ възможност за централизиране и интегриране на информацията от базите данни на информационните системи;
- Изграждане на комуникационна свързаност на базата на управляеми услуги за национална система за спешни повиквания с единен европейски номер – 112 /НССПЕЕН

– 112/, чрез изграждане и управление на комуникационна свързаност на Министерство на здравеопазването (МЗ) със системата за Спешна медицинска помощ (СМП) и Изграждане на единна комуникационно - информационна система за управление на спешни повиквания, включваща изграждане на Център за управление на обажданията, предоставящ връзка с оператори и диспечери за оказване на спешна медицинска помощ;

- Изграждане на национален електронен здравен портал и внедряване на личен електронен здравен запис за 40 000 служители на държавната администрация.

Предстои приключване на внедряването и въвеждане в реална експлоатация на Централизираната информационна система за отпускане на медикаменти и интегриране на единната комуникационно-информационна система за управление на спешни повиквания с GPS системата за управление на линейки, както и цялостна интеграция със система 112.

Целта на внедряването на системата за електронно здравеопазване е подобряване на комуникациите между отделните нива на медицинска помощ и оптимизиране на информационната осигуреност на системата като цяло, което ще създаде обективна основа за адекватни управленски решения.

Във връзка с дейностите по противодействие на **КОРУПЦИЯТА** в МЗ има утвърдени (в сила от 01.03.2008 г.) и публикувани Антикорупционни процедури за цялата система от 143 второстепенни разпоредители с бюджетни кредити, с персонала на които е проведено специализирано антикорупционно обучение. Ръководството на МЗ е одобрило общи методологични документи за работата на териториалните органи на Министерството, свързани с превенция и противодействие на корупционни практики. Разработена и внедрена е Система за оценка на корупционния риск в структурите, свързани с общественото здравеопазване, и Електронен регистър на сигналите за корупция. На национално ниво са разработени и утвърдени стандартни оперативни процедури за осъществяване на здравен контрол на хранителни обекти и на безопасността на храните. Предприето е изменение на нормативната уредба за облекчаване на режимите за предоставяне на административни услуги, като е облекчено издаването на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптеките. Предстои облекчаване на режима и за други услуги.

В Инспектората по противодействие на корупцията в системата на здравеопазването, разкриването и предотвратяването на конфликт на интереси и корупционни практики в МЗ, за периода от 01.01.2008 г. до 31.12.2008 г. от второстепенните разпоредители с бюджетни кредити към МЗ /ВРБК/, са постъпили общо 42 сигнала за нарушения (в РИОКОЗ - 7 сигнала, свързани с непристойно поведение и злоупотреби на служители; в РЦЗ - 32 сигнала, свързани с нерегламентирано транспортно обслужване, качеството на медицинската помощ, неправомерно заплатени потребителски такси, нарушения на Закона за храните, неправомерности по издаването ТЕЛЖ; в ЦСМП - 2 сигнала и в ДПБ гр. Нови Искър - 1).

Няма временно отстранени от длъжност или преназначени служители с цел извеждане от корупционна среда или уволнен за корупционно поведение.

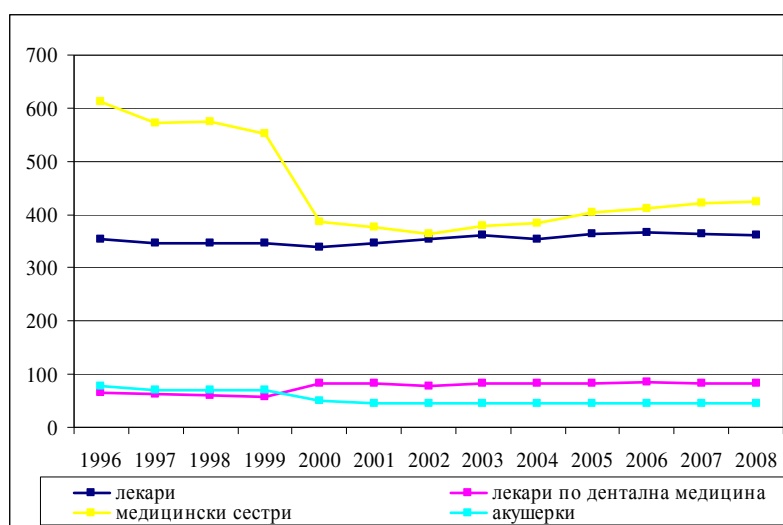
Основните проблеми на управлението на системата, а същевременно и приоритети за бъдещата работа на Министерството на здравеопазването, са недобрата координация между отделните нива на медицинска помощ, непълната и в някои случаи и изкривена информация (отчетени неизвършени дейности, заболяемост неотговаряща на действителната и др.), недостатъчно ефективният контрол върху качеството на медицинските услуги, незадоволителното сътрудничество между отделните актьори в системата (МЗ, НЗОК, съсловни организации, неправителствени и пациентски организации и др.), съществуващите корупционни практики и други.

ПЕТИ РАЗДЕЛ: ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ

Ефективното функциониране на всяка здравна система зависи от броя на човешките ресурси, тяхната квалификация и мотивация. Наличието на квалифицирани и високоефективни здравни кадри влияе върху ръста на икономиката и благосъстоянието на населението, а равният достъп до медицински специалисти има ключово значение за пълната реализация на правото на здраве на всеки човек.

През 2008 г. броят на лекарите е 27 480 и е с 431 по-малък от този през 2007 г. Осигуреността на населението с лекари е 361‰ (Фиг. 45) и намалява спрямо 2007 г. (365 ‰)¹⁰⁵, като остава по-висока от тази за ЕС (322.34‰, 2007 г.)¹⁰⁶ - Таблица 16 в Приложението.

Фиг. 45. Осигуреност с лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и акушерки на 100 000 души население за периода 1996-2008 г.



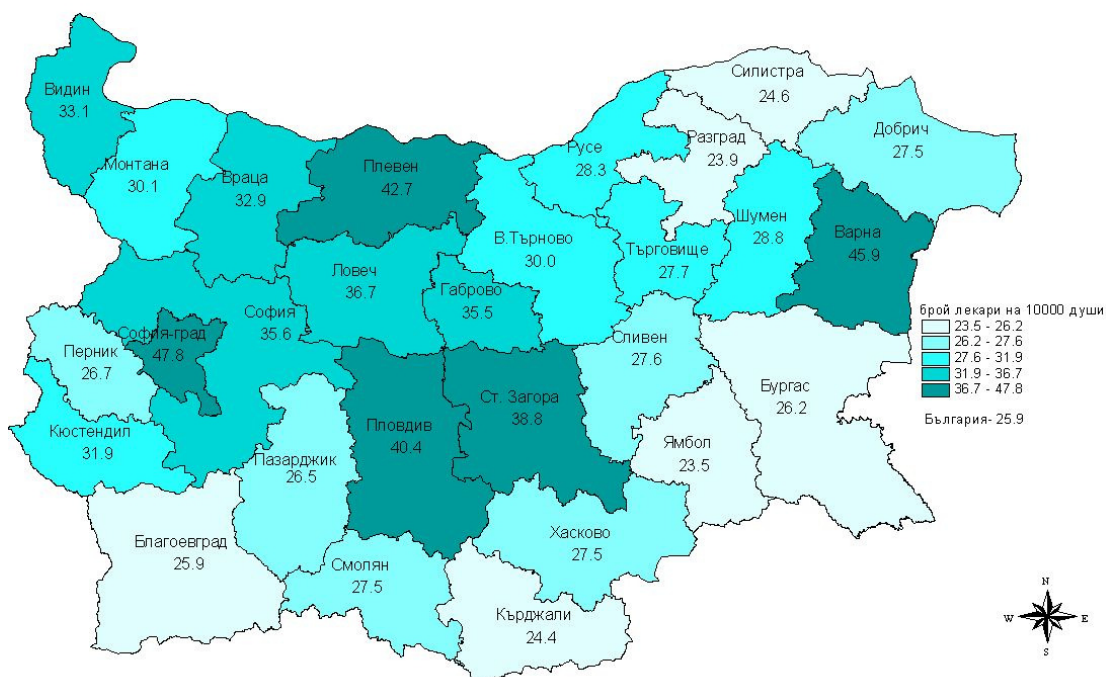
Броят на лекарите по дентална медицина през 2008 г. е 6288 и е намален спрямо предходната година със 144 лекари, като осигуреността през 2008 г. е 83‰ (при 84‰ за 2007 г.) и също е по-висока от тази за ЕС (61.99‰, 2006 г.).

Запазва се тенденцията за наличие на значителни междурегионални различия и през 2008 г. (Таблица 17 в Приложението) в осигуреността: с лекари - от 478‰ в София-град до 235‰ в област Ямбол (Фиг. 46); с лекари по дентална медицина – от 124‰ в София до 45‰ за област Търговище (Фиг. 47).

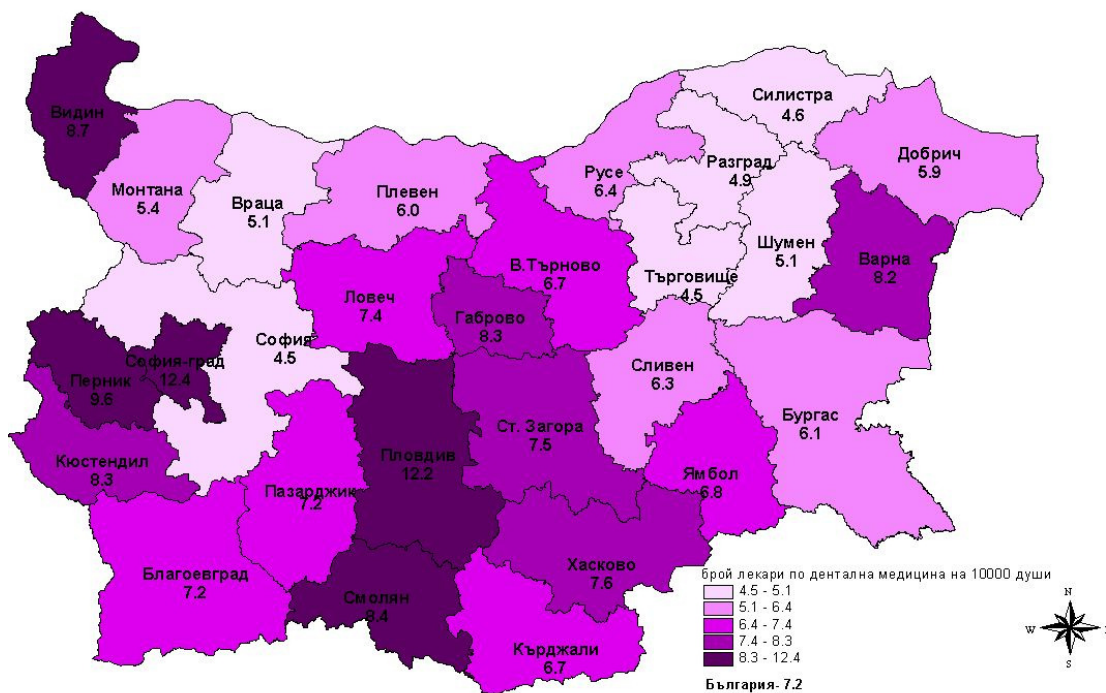
¹⁰⁵ Здравеопазване. Кратък статистически справочник. НЦЗИ, 2009.

¹⁰⁶ www.euro.who.int

Фиг. 46. Осигуреност с лекари на 10000 души население за 2008 г. по области



Фиг. 47. Осигуреност с лекари по дентална медицина на 10000 души население за 2008 г. по области



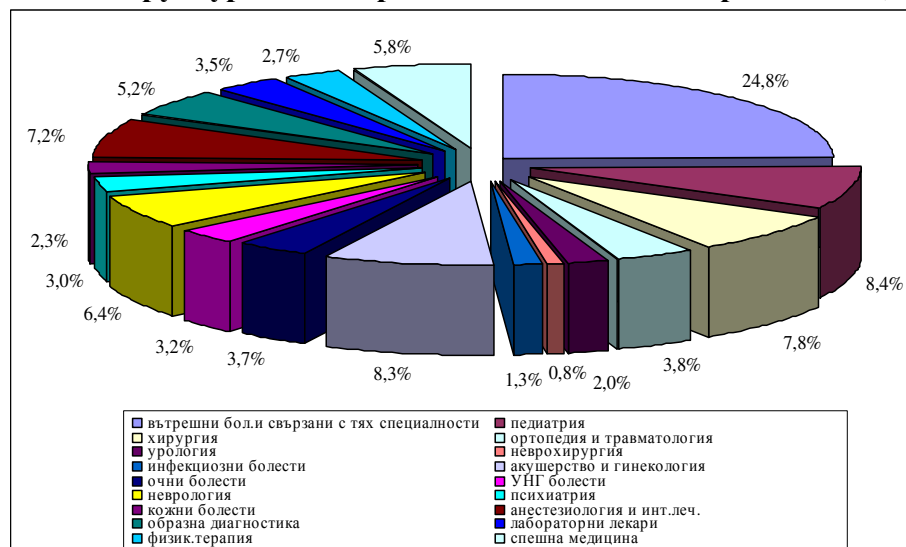
През 2008 г. половината от лекарите (49.98%) работят в лечебни заведения за болнична помощ и 40.02% - в извънболничната помощ¹⁰⁷. В същото време следва да се отбележи, че има лекари, които работят едновременно в лечебни заведения за болнична и за извънболнична помощ, без да има официални статистически данни за техния брой. Установява се тенденция за намаляване на специалистите по: алергология, анестезиология и интензивно лечение, педиатрия (детска хематология, пневмология, нефрология, гастроентерология) нефрология, психиатрия, клинична патология, спешна медицина, епидемиология и инфекциозни болести.

Осигуреността на населението у нас с общопрактикуващи лекари (ОПЛ) през 2008 г. е 63‰ и е намален спрямо 2007 г. (65‰), при запазени значителни териториални различия. Според Европейската база данни на СЗО, показателят през 2006 г. за ЕС е 98‰ (Таблицы 18 и 19 в Приложението).

Средната възраст на лекарите-специалисти, по данни на НЗОК за 2008 г., е сравнително висока - 51.5 години при 51.9 за 2007 г.¹⁰⁸ Не се наблюдават съществени различия при специалистите с терапевтична и хирургична насоченост. Средната възраст на лекарите по някои основни специалности е, както следва: акушерство и гинекология – 51.1 години, вътрешни болести – 52.5, нервни болести – 51.5, детски болести – 52.2, хирургия – 51.1, анестезиология и интензивно лечение – 48.8, кардиология – 53 години.

В структурата на лекарите по специалности по данни на НСИ (Фиг. 48) преобладават терапевтите (вътрешни болести и свързаните с тях специалности) – 24,76%, следвани от педиатри (8.39%) и акушер-гинеколози (8.25%). С най-ниски относителни дялове са представени неврохирурзи (0.84%) и инфекционисти (1.27%).

Фиг. 48. Структура на лекарите по специалности през 2008 г. (в %)



През 2008 г. най-висока е осигуреността в страната със специалисти по **вътрешни болести** (53‰), колкото е и през 2007 г. Осигуреността с **хирурзи** през 2008 г. е 32‰ (при 31‰ за 2007 г.) и е по-ниска от тази в ЕС -151.3‰ (2004 г.), но в тази група за страните от ЕС са включени общи хирурзи, неврохирурзи, пластични хирурзи, други хирурзи, анестезиолози и др. Осигуреността с **акушер-гинеколози** (18‰), която се запазва през последните две години на едно и също ниво, и с **педиатри** (19‰ през 2008г. и 18‰ през 2007 г.), е по-висока от тази в ЕС (съответно 13.7‰ и 14.2‰)¹⁰⁹.

¹⁰⁷ НЦЗИ, 2008

¹⁰⁸ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2008 г.

¹⁰⁹ НЦЗИ 2008

Специалистите в областта на общественото здравеопазване са представени основно от структурите на РИОКОЗ и са сравнително равномерно териториално разпределени. Към 01.04.2008 г., след съкращения в системата, осигуреността е 4.39 длъжности на 10 000 души население¹¹⁰. Текуществото и дефицитът на кадри с висше медицинско образование в инспекциите и липсата на мотивация за работа в системата продължават и са основен проблем за РИОКОЗ. Ниското заплащане намалява до минимум присъствието най-вече на лекари, но и на служители с немедицински специалности, които не са мотивирани да останат в системата.

Общата численост по щат на персонала, работещ в РЦЗ през 2008 г., е 566 длъжности, които са с 33 по-малко от 2007 г. (599). Реално заети са 95.76%¹¹¹. Делът на длъжностите с ръководни функции е 21% от общия брой на служителите, а на експертните длъжности - 48%.

Осигуреността с *фармацевти* през 2008 г. е 5‰ (2007 г. - 4‰) и е много по-ниска в сравнение със съответния показател за ЕС (77.9‰, 2006 г.). Трябва да се има предвид, обаче, че тези данни се отнасят само за работещите в болничните аптеки.

Осигуреността на населението с *медицински сестри* през 2008 г. е 425‰ и е незначително повишена спрямо предходната година (422‰). Въпреки това, тя остава значително по-ниска от средната за ЕС (742‰, 2006 г.). Съотношението лекари/медицински сестри е 1:1.18 (ЕС - 1:2.26, 2006 г.), което се отразява негативно на качеството на здравните грижи.

В същото време осигуреността с акушерки през 2008 г. е 44‰ (при 45‰ за 2007 г.), което е 1.3 пъти по-високо от това в ЕС (36‰, 2006 г.).

В лечебни заведения за болнична помощ през 2008 г. работят 63.31% от медицинските сестри, 82.19% от акушерките, 60.08% от медицинските лаборанти, 65.74% от рентгеновите лаборанти и 68.06% от рехабилитаторите.¹¹²

Подготовката на кадри за здравеопазването е основен въпрос, от който зависи осигуряването на достъпа до медицинска помощ и нейното качество. При новите условия - членството ни в ЕС, свързано със свободно движение на професионалисти, съществува реална опасност от намаляване на техния брой (лекари, медицински сестри и др.) поради миграция.

Признавайки дълбоката криза в областта на кадровите ресурси в здравеопазването, въпросът за миграцията заема приоритетно място във всички документи на СЗО след 2004 г. (особено място заема Талинската харта от 2008 г., „Зелена книга” и др.). Проведеното в края на 2006 и началото на 2007 г. анкетно проучване, базирано на международния опит, показва значителен миграционен потенциал сред българските лекари и дипломиращите се медици, особено сред по-младите, независещ от наличието на специалност и населеното място на лекарите. Съществува реална възможност българската здравеопазна система да се превърне в „донор” на лекари за системите на страните-стари членки на ЕС, като негативите от миграцията имат количествени и качествени измерения и определят съхраняването на собствените човешки ресурси като основна задача.

През 2008 г. продължават промените в нормативните документи, свързани със следдипломното обучение: приета е Наредба № 15 от 2 юли 2008 г. за придобиване на специалност „Обща медицина” от общопрактикуващите лекари и е извършено изменение и допълнение в Наредба №34/2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

¹¹⁰ Отчет за дейността на РИОКОЗ по опазване на общественото здраве през 2008 г.

¹¹¹ Годишен доклад за дейността на РЦЗ, 2008

¹¹² НЦЗИ, 2008

Анализът на приема на студентите през учебните години 2007/2008 и 2008/2009 показва, че броят на отпуснатите бройки за приема на лекари, лекари по дентална медицина и фармацевти се запазва постоянен¹¹³: 405 за медицина, 170 за дентална медицина и 140 за фармация. Приемът по специалности от регулирани професии се определя от МС по предложение на МОН. За периода 2005-2008 г. предложенията на МЗ не са отразени изцяло.

През учебната 2007/2008 г. отпуснатите места за прием на медицински сестри и акушерки са 645, а броят на приетите е 505 (352 сестри и 153 акушерки). Незаети остават 1/5 от местата - 140 (21.71%).

Въпреки приетата нова наредба за специализация, придобиването на специалност продължава да бъде проблем. Общият брой отпуснати места за специализанти през 2007 г. (конкурсът е проведен през 2008 г.) е общо 3 430, от които 823 за клинична ординатура, 760 за специализации по реда на чл. 20 от Наредба № 34 от 2006 г., 1 600 места срещу заплащане и 247 - за чужденци. От утвърдените 3 430 места заети са само половината – 1 950 (56.85%). Планираните средства за местата финансирани от държавата по този прием, са в размер на 10 млн. лв. Отпуснатите места за прием през 2008 г. по Наредба № 15 от 2008 г. за придобиване на специалност “обща медицина” са 2 220, от които също са заети само половината – 1 253 (56.44%). Планираните средства по този прием са 2 592 000 лв.

Проблемите на човешките ресурси в здравеопазването са свързани главно с: регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ; ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари, създаващо проблеми при правилното организиране на предоставянето на медицинската помощ; тенденция за намаляване на специалистите по някои специалности; сравнително висока средна възраст на лекарите-специалисти; незаети лекарски практики, особено в отдалечените райони на страната; съществуващи финансови и организационни трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение и висок относителен дял на незаетите места от отпуснатите за специализация; неадекватно ниско заплащане на труда. Проблем е миграцията на лекари и сестри, което може да доведе до недостиг на кадри. Липсват точни данни за миграцията, както и система и ресурси за наблюдение на явлението, в т.ч. за реализацията на здравните кадри в чуждите здравни системи и на завърналите се от емиграция в нашата страна.

Посочените проблеми в областта на човешките ресурси са присъщи и на други страни в Европейския регион¹¹⁴.

¹¹³ Информация от МЗ, 2009

¹¹⁴ Health workforce policies in the WHO European region. EUR/RC59/9, 24 July 2009

ШЕСТИ РАЗДЕЛ: ВЪНШНА ОЦЕНКА НА СИСТЕМАТА

Национално представително проучване на Агенцията за социално-икономически анализи (АСИА ООД) в партньорство с Националния център по опазване на общественото здраве, проведено през 2008 г. сред 1025 лица, разкрива следните по-важни аспекти на мнението на населението за здравеопазването у нас¹¹⁵:

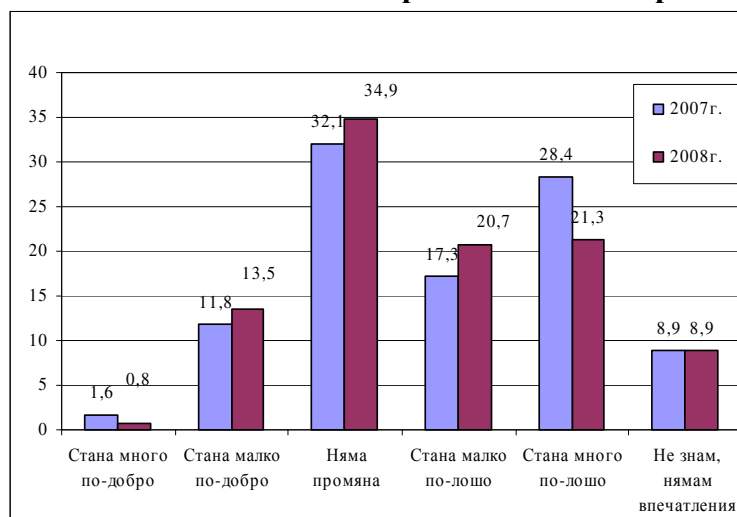
- Субективен здравен статус;

За първи път при повече от половината от населението се наблюдават позитивни самооценки за много добро и добро здраве – 56.1% (48.1% за 2004), докато тези за лошо и много лошо здраве намаляват на 11.5% (19.8% за 2004). Налице е обаче продължаваща диференциация на субективния здравен статус, а някои групи (роми, възрастни хора и живеещи в малки отдалечени населени места) са уязвими едновременно по няколко признака. Самоотчитани случаи на остри заболявания се откриват при 24.9% от анкетираните, а на хронични – при 33.1%.

- Общи представи за здравеопазването:

Като цяло, общата оценка остава негативна - според 42.0% от анкетираните здравеопазването е станало „малко по-лошо” или „много по-лошо” през периода 2006-2008 (Фиг. 49).

Фиг. 49. Мнение на населението за здравеопазването през 2006 и 2008 г.



Изт.: Социологично проучване – АСА ООД 2006 и 2008

Налице е обаче изчерпване на негативната динамика, което особено ясно личи, когато оценките са основани на личния опит и се отнасят „за услугите, предоставяни на мен и моето семейство”, както и от лицата, преминали болнично лечение.

- Нагласи за реформа:

Въпреки че разбиранията за управление на здравната система остават консервативни (40.4% от анкетираните продължават да желаят връщане на старата система на бюджетно финансиране), нараства подкрепата за реформиране на системата, най-вече за въвеждане на конкуриращи се осигурителни фондове (50.2%). Сравнително добре се приема увеличението на осигурителната вноска от 6% на 8% (61.1% са «за»), но в същото време повечето анкетирани са против узаконяване на доплащането за "екстри"

¹¹⁵ Михайлов Д., Л. Иванов, Б. Тулевски. Мониторинг и оценка на основните показатели по проект Реформа в здравния сектор – 2008 (социологическо проучване). С., МЗ, АСА ООД, 2008

към здравните услуги (54.3%). Висока е подкрепата за въвеждане на групови практики на ОПЛ (53.5%).

- **Достъп:**

Като цяло достъпът до медицински услуги през 2008 г. се подобрява. Вече 97.1% от запитаните отговарят, че имат личен лекар (95.3% през 2004 г.). Докато през 2001 г. 88.4% съобщават за случаи на отказвана медицинска помощ, то през 2008 г. те са само 10.1%. Увеличава се и финансовият достъп до медицински услуги. Особено отчетлив е ръстът на броя на хората, които не са ограничавали закупуването на лекарства по финансови причини (покачване с около 10 процентни пункта). Основен принос за това има увеличаващата се група от лица със средни доходи. Редом с по-бедните, ограничен достъп до лекарства по финансови причини през 2008 г. продължават да имат по-малко образованите хора, живеещите в малките населени места, етническите групи турци и роми, по-възрастните хора и жените. Показателите за физически достъп до лечебните заведения също са с положителна динамика по повечето от медицинските услуги. Териториалното разпределение на основните медицински услуги в страната изглежда вече установено.

- **Качество на медицинските услуги:**

Удовлетвореността от ОПЛ (общо „доволен” и „по-скоро доволен”) се покачва, достигайки 74.2%, но този ръст е по-малък, отколкото през периода 2004-2006 г. (от 66% на 71.8%). Това намира потвърждение в намаляването на дела на лицата, сменили личния си лекар – от 19.9% през 2006 г., на 15.8% през 2008 г. От друга страна, обаче, се покачва броят на конкретните ситуации, с недостатъчно качество на услугите, предоставяни от личния лекар. Това означава, че чувствителността към качеството на услугите на ОПЛ е започнала да спада или поне е останала на предишното си равнище. Удовлетворението от услугите на лекарите в специализираната доболнична помощ намалява на ниво общи представи от 39.6% за 2006 г. на 35.8% за 2008 г. В същото време обаче, сред реално ползващите услуги на лекар-специалист то нараства до 41.2%. Покачване на удовлетворението от тях се регистрира също и сред лицата, преминали болнично лечение - от 67.8% на 75.2%.

По отношение на болничните услуги динамиката на удовлетвореността на ниво обществени нагласи е неблагоприятна - от 15.2% доволни или по-скоро доволни през 2004 г. те намаляват на 14.5% през 2006 г., а през 2008 г. спадат до 12.9%. И тук, подобно на СИМП, този негативизъм изглежда основан на общия негативен фон към здравния сектор в страната, защото противоречи на данните, които идват от преките впечатления за това ниво на системата. Така, сред хората, преминали болнично лечение, оценките са позитивни – 73.9% от тях са доволни или много доволни от реалния си престой в болницата (73.3% през 2006 г.). Случаите на допълнителни регламентирани и нерегламентирани заплащания за услуги, консумативи и лекарства в болниците намаляват, особено в по-големите населени места. Нивата, от които започва този спад обаче, са също така все още твърде високи. Като цяло 60.3% от пациентите биха постъпили в същата болница отново без да се колебаят в сравнение с 53% през 2006 г.

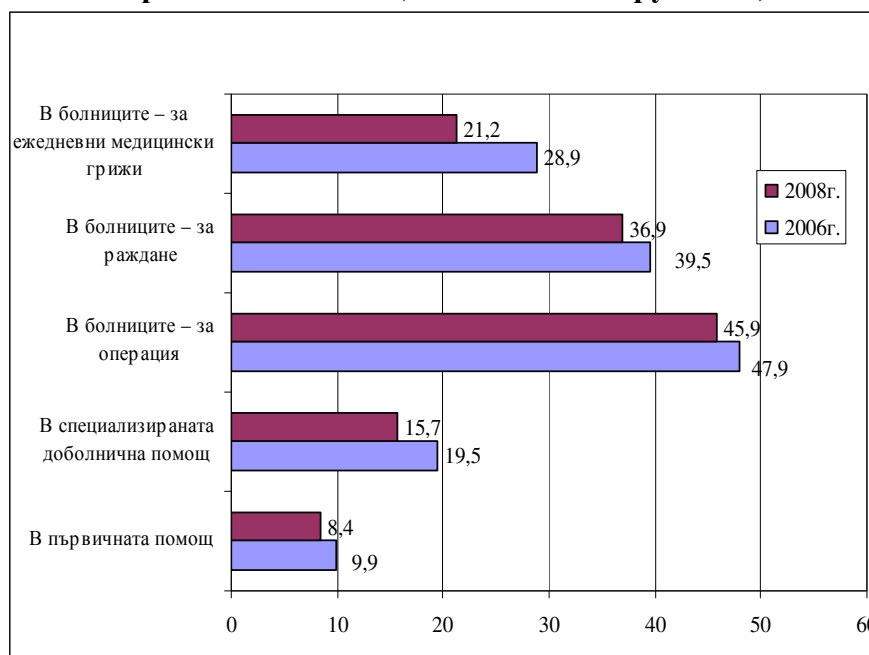
- **Корупция:**

Възприятата за корупция нарастват за всички публични сектори, включително и за здравеопазването. Темпът на покачване обаче затихва. Възможно е данните от лятото на 2008 г. да оформят своеобразен връх във възприятата за корупция в България.

Данните за корупцията сред лекарите в извънболничната помощ по повечето показатели се задържат на нива, близки до тези през 2006 г. - за личните лекари – 8.4%, а за лекарите-специалисти – 15.7%. Тези равнища са около 3 пъти по-ниски отколкото възприятата за корупция сред лекарите в болничната помощ (Фиг. 50). Там общите представи на населението за корупция достигат връх, като най-високи са те при извършване на операции – 45.9% и при раждания – 36.9%. На ниво ситуационни

практики, обаче, честотата на корупционната форма „плащане на ръка” според хората, лекувани в болница, спада от 13.5% за 2006 г. на 8.3% за 2008 г.

Фиг. 50. Възприятия на населението за наличие на корупция в здравеопазването през 2006 и 2008 г. ("има голяма корупция")



Изм.: Социологично проучване – АСА ООД 2006 и 2008.

Проблемът за корупцията в здравната система не се изчерпва с лекарите. Налице са предпостави, че корупцията в отношенията „МЗ – частни компании” (34%) е дори по-голяма, отколкото във взаимоотношенията “лекар – пациент” (29%). Особено тревожно е, че около 30% от анкетираният считат, че във взаимоотношенията между наетите вътре в частния сектор също има „голяма” корупция.

Най-подходящите канали за информиране за корупция са централните държавни институции (МЗ и МВР), не защото към тях има високо доверие, а най-вероятно защото се очаква от сигнала да има резултат. В същото време създаването на една независима институция, която да приема сигнали за корупция, би могла да отговори на потребностите на по-младите и образовани хора.

Преодоляването на корупцията се вижда в ръцете отново на централната власт, предимно чрез повече санкции, информиране и контрол. Гражданската съпротива и непримиримост към корупционните практики, изразени чрез информиране на властите за наличие на такива, засега е забележимо ниска.

В заключение, възприятието на здравеопазването се задържа като цяло на нива от 2006 г., като по отношение на субективния здравен статус и достъпа до здравеопазване са налице позитивни промени. Има признаци на умора от многословния негативизъм, а обяснението, че всички проблеми се дължат на корупцията, изглежда започва да се изчерпва. Обществото започва да се подготвя да приеме конкретни и балансиранни стъпки в подкрепа на реформата.

Трансгранични здравни услуги в ЕС

По искане на Health and Consumer Protection Directorate-General към ЕК през май 2007 г. е проведено анкетно проучване в ЕС за състоянието на трансграничните здравни услуги в 27 страни-членки на ЕС (n=над 27 000 лица над 15 г.)¹¹⁶. Проучването разкрива,

¹¹⁶ Cross-border health services in the EU. Flash Eurobarometer 210, 2007

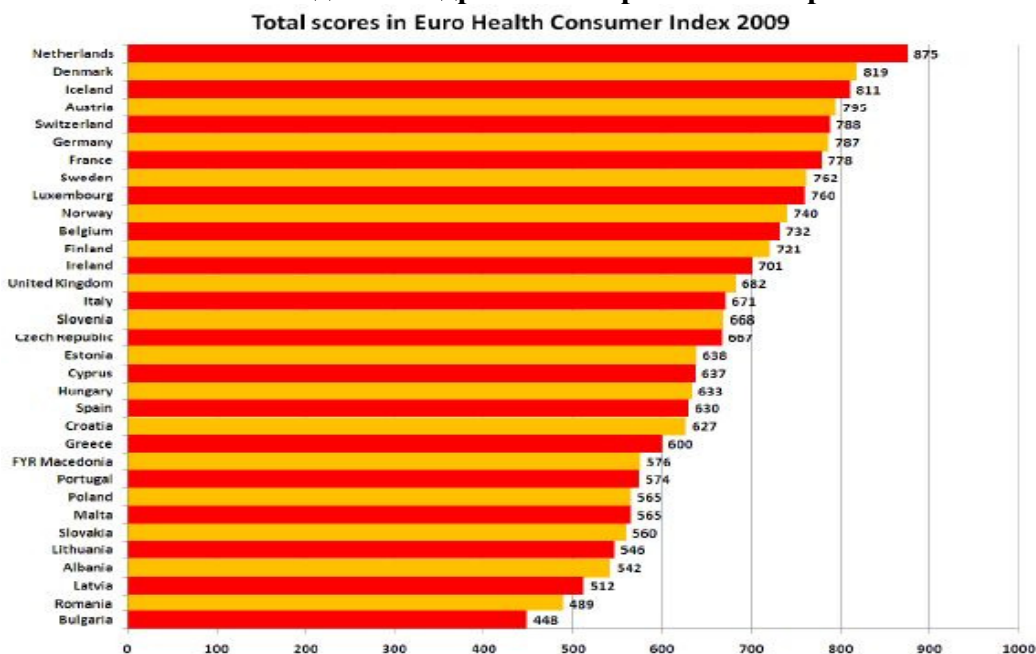
че като цяло мнението на българите по редица важни аспекти на проблема е твърде сходно с това на средния гражданин в ЕС₂₇:

- ✓ 70% от европейците са склонни да вярват, че разходите за лечение, получено в друга страна от ЕС, ще им бъдат реимбурсирани от националните здравни власти/осигурители – точно толкова са и българите, които мислят така (70%).
- ✓ 53% от европейците биха желали да се лекуват в друга страна от ЕС - това е със 7 пункта над средното ниво за България (46%); най-честите мотиви за подобна нагласа са хипотетична липса на необходимото лечение у дома, очакване за по-добро качество и по-бърз достъп навън, както и по-ниска цена на медицинската услуга.
- ✓ 42% от европейците не биха желали да се лекуват в друга страна от ЕС - стойност, много близка до тази за българите (44%); представители от тази категория са най-често лицата над 55 г. и с по-ниско образование.
- ✓ 4% от европейците са получили през последните 12 месеца лечение в друга страна от ЕС, което е 2 пъти повече от трансграничната мобилност на българите (2%).

Индекс на здравния потребител в Европа

С подкрепата на Европейската комисия Health Consumer Powerhouse изготви “Индекс на здравния потребител” (ИЗП) за 2009 г. Той класира здравеопазването в 33 държави, членки и кандидати за ЕС, по 38 индикатора, групирани в 6 ключови области: (1) права на пациента и информираност, (2) електронно здравеопазване, (3) време на чакане за лечение, (4) изход от лечението, (5) обхват на осигуряваните услуги и (6) достъп до лекарства. Данните се събират от публичната статистика, проучвания сред пациенти и независими изследвания на организацията, изготвяща класацията. Според ИЗП-2009 България се нарежда на последно място с 448 т., като непосредствено пред нея са Румъния с 489 т. и Латвия с 512 т. (Фиг. 51). В сравнение с 2007 г. България получава 38 точки по-малко и пада с 5 места надолу.

Фиг. 51. Индекс на здравния потребител в Европа 2009 г.



Изм.: Health Consumer Powerhouse

Само по 4 от всичките 38 индикатора България има положителни оценки: наличие на регистър на правоспособните лекари; висок дял на ОПЛ-практики, използващи компютър за съхранение на информация за пациентите; онлайн-достъп на пациентите до индивидуалните им данни за разходите на осигурителя за тяхното лечение; възможност

за достъп до личния лекар в рамките на деня, в който пациентът е преценил, че се нуждае от преглед.

Негативни са оценките за: (а) защита правата на пациента - липсва закон за пациентите, решенията се вземат без участие на пациентските организации, няма механизми за обезщетение на пациентите без намеса на съдебната система, слабо е финансирането на лечение в рамките на ЕС, липсва класация на ЛЗ по качество на дейността им; (б) ограничения директен достъп до специалист, неформалните плащания за лечение, ниските възможности за трансфер на медицинска информация между специалистите; (в) достъпа до лекарства – нисък % на реимбурсация на лекарства с рецепта, ограничена употреба на иновативни онколекарства, труден финансов достъп до нови препарати; (г) редица здравни показатели - висока детска смъртност, висока смъртност от злокачествени заболявания и др.

Д-р Арне Бьорнберг, директор „Изследвания” в Health Consumer Powerhouse, препоръчва да се потърси начин българското здравеопазване да заработи като нормална индустрия в сферата на услугите, в която лекарите и сестрите да получават добри заплати в болниците (а не за извършени странични дейности) и в която пациентите да могат да заплащат всички разходи за здравни услуги „над масата”. Според него тази промяна е възможна без увеличаване на ресурса, който българите реално плащат за здравеопазване в момента.

Резултатите от *социологическо проучване за удовлетвореността на българските пациенти от достъпа им до лекарства*, на агенция Gallup International - част от кампания „По-добри инвестиции за по-добро здраве” на Конфедерация „Защита на здравето” и други партньори, проведено в периода 1- 9 октомври 2008 г. сред повече от 500 пациента на лекарствено лечение през последните 12 месеца, лекувани в домашни условия или болнични заведения показват, че:

- 45% от анкетираният считат, че високите разходи, които те заплащат за лекарства, са един от най-големите проблеми на българското здравеопазване и на тяхното лично здраве;
- Близо 70% от анкетираният споделят, че разходите за лекарства затрудняват техния семеен бюджет, като 18% дори са прекратявали лечение по финансови причини;
- 87% искат държавата да заплаща по-голяма част от стойността на лекарствата (между 60% и 100% от крайната цена);
- 33% от лекуваните се в болнични заведения са заплащали за лекарства или медицински консумативи, средната сума доплащане за лекарства е около 250 лв., като 75% от пациентите са плащали над 100 лв.
- При лечение в домашни условия почти всички интервюирани пациенти са плащали за лекарствата си – 33% са заплатили изцяло разходите за лекарства, а 59% са заплатили частично разходите; средната сума платена в рамките на последните 12 месеца е около 400 лв. на пациент, като 88% са плащали над 100 лв.
- Преобладаващата част от интервюираните са склонни да вярват, че държавата трябва не само да контролира цените на лекарствата, но и същевременно да отпуска повече средства за тях. Едва 11% считат, че ролята на държавата трябва да се ограничава само до контрол върху цените на лекарствата.

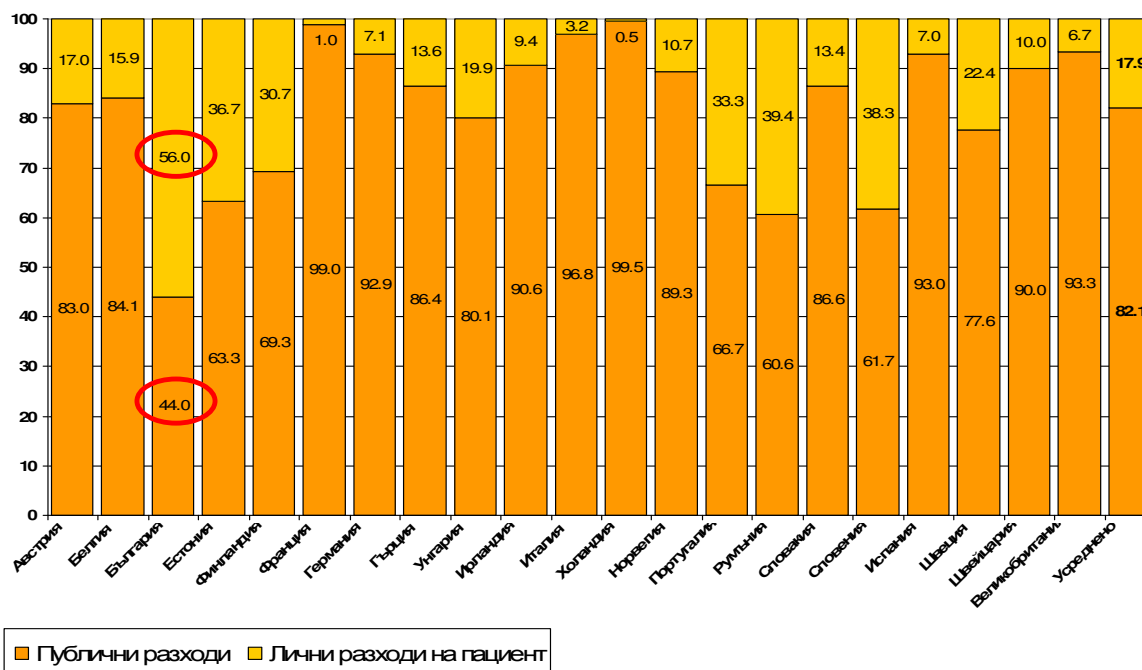
При едни от най-ниските цени на лекарствата в Европа¹¹⁷ България продължава да е сред държавите, в които *личните разходи на пациентите за лекарства са сред най-високите в Европа – 56% от общите разходи за лекарства*. За сравнение, средният

¹¹⁷ http://www.nsi.bg/ZActual/ECP_Pharma05.htm

процент на личните разходи на пациентите за лекарства в страните от ЕС е 17.9%, докато 82.1% се поемат от публичните фондове (Фиг. 52).

Фиг.52

Плащания “от джоба” на пациенти за лекарства спрямо общите разходи за Rx лекарства в страни от ЕС (в %)



Изт.НСИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравното състояние на една популация е комплексна величина и се характеризира с демографските показатели, показателите за заболяемостта, за физическото развитие, експозицията на рискови фактори и самооценката на населението. Здравното състояние на населението на България и дейностите, проведени за неговото опазване, укрепване и възстановяване, като цяло са с негативна оценка и се характеризират със следните най-общии параметри:

Положителни (+).	Отрицателни (-)	Със смесен характер (±)
<p>Раждаемостта бележи лека тенденция към увеличаване, което я прави близка до средната в ЕС. Достигната е най-висока степен (след 1992 г.) на тоталния коефициент на плодовитост (+).</p>	<p>Нивото на смъртност през 2008 г. бележи слабо понижение, но въпреки това България е с един от най-високите показатели сред страните от ЕС. Водещи причини за смърт са болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията, като стандартизираният показател е по-висок от този в ЕС, а за злокачествените новообразувания се увеличава (-).</p>	<p>Средната продължителност на живота нараства, но остава по-ниска от тази в ЕС (±).</p>
<p>Снижава се нивото на детската и на ранната неонатална смъртност (+).</p>	<p>Показателят за детска смъртност все още е по-висок от този в други европейски страни. Високо е нивото на перинаталната смъртност и мъртвораждаемостта. Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст, поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи вътреутробна смърт на плода (-).</p>	<p>Заболеваемостта сред децата на възраст 0-3 г. е сравнително висока. Физическото развитие на децата като цяло се характеризира с добри показатели, но се регистрира снижаване нивото на физическата дееспособност. (±).</p>
<p>В областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите МЗ финансира голям брой програми - 24 през 2008 г. (+).</p>	<p>България е сред страните с най-висока честота на аборти и бременности във възрастта 15-19 години. Сравнително ниско е нивото на знания и сексуална култура сред подрастващите (-).</p>	<p>Въпреки положителната тенденция към намаляване на вредните атмосферни емисии и подобряване качеството на въздуха, все още съществуват райони с екологични проблеми (±).</p>
<p>Налице са позитивни промени във възприятието на населението за здравеопазването по</p>	<p>Общият брой на трудовите злополуки и на изгубените календарни дни съществено намаляват, но се увеличават злополуките със смъртен изход. Причините са: по-ниската информираност и на работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа, начините и средствата за намаляването им,</p>	<p>Контролната дейност в системата се извършва от МЗ директно и чрез неговите органи на</p>

<p>отношение на субективния здравен статус и достъпа до медицинска помощ. В оценката на системата от гражданите се наблюдава известен спад на негативната динамика (+).</p>	<p>много ниско ниво на участие на работещите в дейностите за здраве и безопасност при работа, неефективен контрол на дейностите по здраве и безопасност при работа и др. (-).</p>	<p>областно ниво - РЦЗ и РИОКОЗ и от НЗОК като финансираща институция. С оглед осигуряване на качеството на медицинските услуги МЗ утвърждава медицински стандарти и провежда акредитация на лечебните заведения. Въпреки извършеното в тази насока, липсват стандарти за редица специалности и се наблюдават сериозни слабости в акредитационния процес (±).</p>
	<p>Опазването на водоизточниците от замърсяване и подготовката на водата за населените места не съответства на съвременното разбиране за добра производствена практика на водоснабдителите. Липсва интегриран европейски подход, изискващ колаборация на различни структури за гарантиране правото на постоянен достъп до безопасна и чиста питейна вода във всички домакинства (-).</p>	<p>Междусекторното сътрудничество, с малки изключения, не се осъществява в необходимия обем (±).</p>
	<p>В областта на психичното здраве липсват задоволителна категоризация и профилиране на услугите, обособени програми от грижи с указани критерии за прием и изписване и с изчислен капацитет (-).</p>	
	<p>Реалните доходи на населението продължават да са ниски и с неблагоприятна структура (-).</p>	
	<p>Населението на страната е “натоварено” с множество фактори на риска за здравето.</p>	

	<p>Голям е броят на пушачите (особено сред младите хора, ненавършили 16 г.), като по честота на тютюнопушене страната е на едно от първите места в Европа; на злоупотребяващите с алкохол; на хората с наднормено тегло, с ниска двигателна активност, с хипертония и др.</p> <p>Факторите са свързани с нездравословния модел на хранене и ниската физическа активност (-).</p>	
	<p>Общественият ресурс, отделян за здравеопазването през 2008 г., е ограничен и не се изразходва ефективно.</p> <p>Голяма част от него се разпределя за финансиране на болнично лечение, характеризиращо се с периодична задлъжнялост през последните години. Ограничени са и финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи в здравната система.</p> <p>Ниският размер на публичните разходи за здравеопазване, които се отделят от БВП, води до увеличаване на директните плащания от страна на пациентите в момента на потребление на дадена здравна услуга.</p> <p>Здравеопазването все още не е в състояние да отговори на предизвикателствата на днешния ден (-).</p>	
	<p>Незначителна е ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги (-).</p>	
	<p>Немалка част от населението продължава да е здравнонеосигурено - 965 хиляди към 31 декември 2008 г. (-)</p>	
	<p>Влошава се акустичната обстановка в градовете поради непрекъснато нарастващия брой на МПС в движение при зле поддържаната пътна инфраструктура, недостатъчния контрол на автотранспорта, недобрата организация на движението, неадекватните градоустройствени решения, вкл. недостатъчното озеленяване и неспазването на изискванията на Закона за устройство на териториите (-).</p>	
	<p>Междусекторната колаборация в областта на безопасността на храните не се осъществява ефективно и това се отразява неблагоприятно върху осигуряването на здравословни храни за населението, като основната отговорност е на производителите (-).</p>	

	<p>Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд показват частично или формално изпълнение на ЗЗБУТ както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина, (-).</p> <p>Средствата по националните програми се предоставят предимно за програми с терапевтичен характер и за инфекциозни болести, които минават под логото на “профилактични”.</p> <p>Въпреки големия им брой, резултатите от тях са незадоволителни.</p> <p>При разработването на повечето програми липсват заложените механизми за мониторинг и оценка. Недостатъчно е и участието на обществените структури на национално и локално ниво (-).</p> <p>Достъпът до първична и специализирана извънболнична помощ е затруднен.</p> <p>Практиките от извънболничната помощ са концентрирани в по-големите населени места и общинските центрове. Продължават да доминират индивидуалните форми на амбулаторни практики.</p> <p>Нормативната база, регулираща достъпа до специалист, не е променена през последните години (-).</p> <p>Недостатъчен е обемът на промотивните и профилактични дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум за оценка на тяхната ефективност.</p> <p>Липсват ясни критерии за мониториране качеството на услугите в извънболничната помощ (-).</p> <p>Не е пълен обхватът на подлежащите на имунизации деца, принадлежащи към етническите малцинства.</p> <p>Единната информационна система за имунизациите в страната все още не е изградена и липсва достоверна информация (-).</p> <p>В областта на денталната медицинска помощ се наблюдава: спад на профилактичните прегледи, особено за децата; несъответствия между изискуемото и наличното оборудване на денталните практики, което е предпоставка за снижено качество на тази помощ (-).</p> <p>Не е подобрена координацията между извънболничната (първична и</p>	
--	--	--

	<p>специализирана) и болничната помощ, което затруднява приемствеността в наблюдението и лечението на болните (-).</p> <p>Не е направена оценка и реструктуриране на болничната мрежа. Здравната система разполага само със 7 специализирани болници за долекуване и продължително лечение, 11 – за продължително лечение, долекуване и рехабилитация и 22 - за рехабилитация, като броят на тези заведения е постоянен в последните години и не отговаря на потребностите (-).</p> <p>Продължава съществуването на „недофинансирани” и „добре финансирани” клинични пътеки. Липсва инструментариум, отчитащ тежестта и сложността на болничните случаи (-).</p> <p>Налице е изкривяване на данните за заболяемост, особено за хоспитализираните случаи, породено от въвеждането на клиничните пътеки като метод за финансиране на болниците. Този подход на финансиране се свързва и с генериране на загуби от лечебни заведения, които лекуват комплицирани случаи (-).</p> <p>Наблюдава се недобра координация между отделните нива на медицинска помощ, непълна и в някои случаи и изкривена информация (отчетени неизвършени дейности, заболяемост, неотговаряща на действителната и др.), недостатъчно ефективен контрол върху качеството на медицинските услуги, незадоволително сътрудничество между отделните участници в системата (МЗ, НЗОК, съсловни организации, неправителствени и пациентски организации и др.), съществуващи корупционни практики и други (-).</p> <p>Системата на СМП продължава да се затруднява поради: обслужване на голям брой лица без индикации за спешност, най-често неполучили помощ от личните си лекари или без здравно осигуряване; нерешени въпроси с финансирането; пропуски в работата на информационно-координационните централи, липса на собствен въздушен транспорт и др. Налице е изразено текучество на персонала, особено сред лекарите и сестрите, поради ниско заплащане, трудни условия на работа, слаба професионална мотивация и др. Все още са малко лекарите със специалност «Спешна медицина». и (-).</p>	
--	--	--

	<p>Липсва ясна политика за бъдещото развитие и използване на неконвенционалните методи за въздействие на индивидуалното здраве (-).</p> <p>Липсва единна информационна система и в много случаи се вземат управленски решения въз основа на непълна, и в редица случаи, и изкривена информация, а нерядко и без да се използва наличната (-).</p> <p>Съществуват регионални диспропорции в разпределението на човешките ресурси, ниска осигуреност с медицински сестри, неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари, тенденция за намаляване на някои видове специалисти, все още има трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение, неадекватно ниско е заплащането на труда (-).</p> <p>Сравнително висока е средната възраст на лекарите-специалисти . Проблем е миграцията на лекари и сестри, което може да доведе до недостиг на кадри. Липсват точни данни за миграцията, както и система и ресурси за наблюдение на явлението, в т.ч. за реализацията на здравните кадри в чуждите здравни системи и на завърналите се от емиграция в страната (-).</p> <p>Според изчисления «Индекс на здравния потребител» на 33 страни в Европа, здравеопазването в България е на последно място. Негативни са оценките за защита правата на пациента, директния достъп до специалист, неформалните плащания за лечение, финансовия достъп до лекарства, възможностите за трансфер на медицинска информация между специалистите и др. (-).</p>	
--	--	--

В заключение следва да се отбележи, че в момента страната ни се намира в условията на глобална икономическа криза и въпросът за мястото и ролята на здравеопазването е особено актуален. Дори и в тези условия, финансовите ресурси за здравеопазване не трябва да намаляват. Търсенето на възможности за повишаване на отговорността и ефективността на наличните финансови ресурси е въпрос, който е от изключително значение за изпълнение на здравните приоритети. В тази насока усилията на всички партньори следва да бъдат ориентирани към прилагане на проактивен подход в здравеопазването, насочен към:

- разработване на антикризисни програми;
- вземане на решения за оптимизиране на финансовите средства чрез съкращаване на капиталовите и административните разходи;
- повишаване на ефективността на системата чрез насочване на ресурсите за профилактични дейности;
- вземане на мерки за подобряване на бюджетната дисциплина в здравния сектор;
- постоянен диалог с всички партньори от социалната сфера и бизнеса за поддържане на социалната устойчивост и кохезия;
- облекчаване на финансовия достъп на населението до лекарствата чрез отделяне на повече държавни субсидии за тях, както и осъществяване на максимално строг контрол от страна на държавата върху цените им.

Предприемането на мерки за засилване и подобряване на функционирането на националната здравна система, за защита на здравето на населението, най-вече на уязвимите лица (бедни, възрастни, болни), са от изключително значение. Усилията за търсене и предлагане на ефективни механизми за достъпни обществени и индивидуални услуги в областта на здравеопазването, са насочени основно към ефективното междусекторно сътрудничество за разработване на политики за намаляване на негативното въздействие на икономическата криза върху здравето на населението.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Обем на мониторинга на химични и биологични контаминанти в храните, планиран за 2009 г.

Видове замърсители в храни	Планиран брой проби
Микроорганизми	2 255 (8 458 определения)
Нитрати (в пресен и замразен спанак, зелени салати, детски пюрета, моркови, зеле, краставици)	898
Тежки метали	680
Неорганичен калай	336
3-МСПД (в соев сос)	20
Микотоксини (в продукти местно производство пшеница, червен пипер, слънчогледово семе, ечемик, царевично брашно)	240
Микотоксини и оцветители във вносни храни (в кафе от внос; ядкови плодове, сушени плодове, червен пипер, къри, куркума)	56 Според количеството на внесените партиди
Акриламид	44
Фуран	36
Пестицидни остатъци	Съгласно отделна таблица за мониторинга
Консерванти, подсладители и оцветители в безалкохолни напитки	310
Водоразтворими витамини в хранителни добавки	12
Генно-модифицирани храни	260

Таблица 2. Национално изследване на йодурия – биомаркер на йоден прием при рискови популационни групи с разпределение по региони

Региони	Нива на йодурия – биомаркер на йоден прием (персентил 50-и, µg/L)		
	Ученици (6-10 години)	Бременни жени (II и III тримесътр)	Небременни жени в репродуктивна възраст
Благоевград	208.5	175.0	265.5
Враца	183.5	169.0	107.0
Габрово	128.5	173.0	74.0
Ловеч	183.5	190.5	125.0
Пазарджик	188.5	150.0	124.5
Перник	165.0	115.5	173.0
Сливен	174.5	100.0	166.5
София	219.0	135.0	170.0
Плевен	264.0	289.0	182.0
Варна	147.0	146.0	186.0

Таблица 3. Анализ на съдържанието на дейността по национални програми и проекти в областта на промоцията на здравето

Програми	Национален план за действие по околна среда – здраве	Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните нефрекционни болести (СИНДИ) - демонстрационни зони	Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007-	Национална стратегия за борба с наркотиците	Национален план за действие "Храни и хранене"	Профилактика на йоддефицитните заболявания	Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България	Национална програма за профилактика на самоубийствата в Република България	Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции (2008 – 2015 г.) (Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария Проект „Подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве сред младите хора“	Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България (2007 – 2011 г.)	Националната стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътного движение 2006-2010 г.	„Промоция на здраве в болниците“
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Програми	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ОБХВАТ	Б	8	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	6
Оценка на нуждите	+	+			+	+	+	+	+	+		+
Проучвания (анкети), мониторинг, скрининг												
Производство на информационни материали												
Печатни материали за широката общественост	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Ръководства, препоръки, сборници за специалисти		+			+		+		+			
Публикации в издания и др. медии	+	+			+	+		+	+	+		+
Филми, клипове и други видеоматериали		+	+						+			
Промоционални предмети									+			
Интернет. уеб страница			+		+	+		+				+
Информирание, обучение												
Пресконференции	+	+	+		+				+	+		+
TV – предавания	+	+				+			+			+
Радиопредавания		+				+			+			+
Лекции, беседи	+	+	+	+	+	+			+	+		+
Дискусии, срещи на специалисти		+	+	+	+				+			
Семинари, курсове	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+
Видеопозази, видеолектории	+	+	+	+		+		+	+			
Тренинги: обучение на учители, на връстници, други групи		+	+	+	+		+	+	+	+	+	
Индивидуални консултации		+		+	+		+	+	+	+	+	+
Учебно – образователни центрове									+			+

Програми	Програми											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ОБХВАТ	Б	8	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	6
Национален план за действие по околна среда – здраве												
Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ) - демонстрационни зони												
Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007-												
Национална стратегия за борба с наркотиците												
Национален план за действие "Храни и хранене"												
Профилактика на йоддефицитните заболявания												
Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България												
Национална програма за профилактика на самоубийствата в Република България												
Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции (2008 – 2015 г.) Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария Проект „Подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве сред младите хора“												
Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България (2007 – 2011 г.)												
Националната стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение 2006-2010												
"Промоция на здраве в болниците"												
Масови мероприятия: международни дни и празници	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Кампании	+	+			+		+		+	+		
Изложби, конкурси, състезания, викторини		+	+	+	+		+	+	+		+	
Концерти, спортни празници, шествия		+		+				+	+		+	
Форми за групова работа и работа в мрежа		+					+					+
Групи за взаимопомощ / самопомощ												
Групи за здраве / промоция на здраве		+										
Мрежа от клубове, регионални съвети, работа в мрежа		+	+				+	+	+			
Всеобхватна промоция на здраве в Национална / Регионална политика за здраве												
Форми за координиране и междусекторно сътрудничество		+							+	+		
Обществена коалиция за здраве (регион)												
Междуведомствени съвети (нац. и рег.)		+								+		
Програми по общности (сетинги)		+								+		+
Оценка на ефективността и гъвкаво планиране		+				+			+	+		+
Национални критерии и стандарти за качество по ПЗ										+		
Примери на добра практика – разпространение и стимулиране									+			

Легенда:

Програми:

1- Национален план за действие по околна среда – здраве

- 2-Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ) - демонстрационни зони
- 3-Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007-2010 г.
- 4-Национална стратегия за борба с наркотиците
- 5-Национален план за действие "Храни и хранене"
- 6-Профилактика на йоддефицитните заболявания
- 7-Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България
- 8-Национална програма за профилактика на самоубийствата в Република България
- 9-Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции (2008 – 2015 г.)
Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария
- Проект „Подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве сред младите хора"
- 10-Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България (2007 – 2011 г.)
- 11-Националната стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение 2006-2010г.
- 12- "Промоция на здраве в болниците"

Обхват:

Б-цялата страна

8,6-брой обхванати региони

Таблица 4. Болнични ЛЗ и брой разкрити легла към 31.12.2008 г., независимо от формата на собственост¹¹⁸

ЛЗ	2005		2007		2008	
	брой	легла	брой	легла	брой	легла
ЛЗ за болнична помощ	308	49 626	338	48 749	351	49 507
в т.ч. Болници	262	45 537	292	44 650	305	45 353
в т.ч. Многопрофилни	141	32 517	152	31 416	157	31 982
в т.ч. Специализирани	121	13 020	140	13 234	148	13 371
в т.ч. Диспансери	46	4 089	46	4 099	46	4 154
Санаториални заведения	2	740	3	740	3	740
Хосписи	33	287	39	398	48	418

Таблица 5. Използваемост на легловия фонд по видове лечебни заведения за периода 2000-2008 г. (в дни)

Вид ЛЗБП	2000	2005	2007	2008
МБАЛ	251	302	283	278
СБАЛ	239	269	268	277
СБДПЛР	204	274	272	270
СБДПЛ	245	291	299	319
СБР	180	243	245	247
ДПФЗ	267	271	250	247
ДКВЗ	185	284	255	244
ДОЗ	282	340	338	330
ДПЗ	297	313	294	294
Псих.б-ци	280	275	277	279
Частни ЛЗ	72	158	191	199

* без заведенията към други ведомства

¹¹⁸ Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения през 2008 г. Доклад на НСИ, 2009 г.

Таблица 6. Персонал в ЦСМП и СО на лечебните заведения

	ЦСМП		СО	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
Персонал – всичко, от тях:	6924	6805	1024	1022
- лекари	1445	1399	271	280
- персонал за здравни грижи:	2521	2504	474	432
в т.ч.: фелдшери	1402	1361	45	39
мед. сестри	1028	1049	411	388
акушерки	85	88	2	3
други	6	6	16	2
- друг персонал:	2958	2902	279	310
в т.ч.: санитарни	278	250	277	293
шофьори	2310	2251	-	-

Изт.: НЦЗИ, 2009

Таблица 7. Изпълнени повиквания в ЦСМП

	2007 г.		2008 г.	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Изпълнени повиквания - всичко	854037	100.0%	843029	100.0%
от тях: - за спешна мед. помощ	657799	77.0%	636638	75.5%
- за неотложна мед. помощ	88260	10.3%	94801	11.3%
- за санитарен транспорт	107978	12.7%	111590	13.2%

Изт.: НЦЗИ, 2009

Таблица 8. Обслужени лица от ЦСМП и от спешните отделения (СО) на лечебните заведения

	2007 г.		2008 г.	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Обслужени лица - всичко	1766546	100.0%	1822452	100.0%
от тях: - от ЦСМП	745019	42.2%	731347	40.1%
- от спешни отделения	696678	39.4%	761421	41.8%
- от спешни портали в София	324849	18.47%	329684	18.1%

Изт.: НЦЗИ, 2009

Таблица 9. Контрол на профилактичните прегледи от РЦЗ

Показатели за изпълнение	Мерна единица	2007	2008
1. Проверки на ЛЗ по спазване на нормативните изисквания за профилактичните прегледи и диспансеризацията	Брой проверки	1 079	1 019
	Брой съставени актове	75	6
	Брой НП	2	1
2. Приети отчети за извършени профилактични прегледи	Брой отчети	15 072	13 419
3. Приети отчети за диспансерни прегледи	Брой отчети	15 738	16 795

Изм.: Годишен доклад за дейността на Регионалните центрове по здравеопазване - 2008 г.

Таблица 10. Методична помощ оказана от РЦЗ на детски заведения

Показатели за изпълнение	Мерна единица	2007	2008
1. Оказана методична помощ на работещите в здравните кабинети медицински специалисти	Брой работни срещи	173	387
2. Осъществен контрол на здравните кабинети	Брой проверки	324	440
	Брой дадени предписания	155	248

Изм.: Годишен доклад за дейността на Регионалните центрове по здравеопазване - 2008 г.

Таблица 11. Контрол на извънболничната помощ от РЦЗ

Показатели за изпълнение	Мерна единица	2007	2008
1. Анализ на здравното състояние на населението и потреблението на извънболнична медицинска помощ в областта	Брой анализи	60	116
2. Поддържане на регистър на медицинските специалисти, осъществяващи извънболнична медицинска помощ на територията на областта, съгласно Закона за здравето	Брой актуализации	3 941	2544
3. Определена необходимост на местата за следдипломно обучение на медицинските специалисти	Изготвени анализи и предложения	202	59
4. Издадени становища за недостатъчност на специалистите в извънболничната помощ	Брой становища	3 387	2790

Изм.: Годишен доклад за дейността на Регионалните центрове по здравеопазване - 2008 г.

Таблица 12. Информационна дейност на РЦЗ насочена към гражданите

Показатели за изпълнение	Мерна единица	2007	2008
1. Обем на публикуваната от РЦЗ информация в информационния сайт	Брой публикации	3 031	3169
2. Осигурена on-line връзка с потребителите	Да/не	60%	60%
3. Осъществена директна комуникация на ръководството и експертите на РЦЗ с представители на неправителствени организации, асоциации на пациенти, медицински специалисти и други за разясняване на целите и принципите на националната здравна политика	Брой проведени срещи	290	268
	Брой организирани събития	140	148

Изм.: Годишен доклад за дейността на Регионалните центрове по здравеопазване - 2008 г.

Таблица 13. Медийна информация и комуникация на РЦЗ

Показатели за изпълнение	Мерна единица	2007	2008
1. Обем на публикуваната от РЦЗ информация в средствата за масова информация	Брой публикации	417	515
2. Осъществена директна комуникация на ръководството и експертите на РЦЗ с представители на медиите	Брой пресконференции	246	222
	Брой организирани брифинги	249	237

Изм.: Годишен доклад за дейността на Регионалните центрове по здравеопазване - 2008 г.

Таблица 14. Анализ на здравно състояние и човешки ресурси, изготвени от РЦЗ

Показатели за изпълнение	Мерна единица	2007	2008
1. Анализ на здравното състояние на населението и потреблението на болнична медицинска помощ в областта	Брой изготвени анализи	124	198
2. Регистър на медицинските специалисти, осъществяващи болнична медицинска помощ на територията на областта, съгласно Закона за здравето	Брой актуализации	53	277
3. Определена необходимост на местата за следдипломно обучение на медицинските специалисти	Брой предложения и анализи	56	310

Изм.: Годишен доклад за дейността на Регионалните центрове по здравеопазване - 2008 г.

Таблица 15. Акредитирани лечебни заведения по видове /към 15.05.2009 г./

ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ	Отлична за срок от 5 години	Мн.добра за срок от 4 години	Добра за срок от 3 години	Средна за срок от 2 години	Лоша за срок от 1 година	ОБЩО
Многопрофилни болници за активно лечение	52	63	39	6		160
Специализирани болници за активно лечение	42	31	30	8		111
Диагностично-консултативни центрове	36	18	5	1	2	62
Медицински центрове	71	35	20		2	128
Медико-диагностични лаборатории	23	36	11	3		73
Домове за медико-социални грижи за деца	7	10	8	4	1	30
Диспансери	12	15	6			33
Д П Б	1	6	2			9
С Б Р	5		1			6
ОБЩО	249	214	122	22	5	612

Таблица 16. Човешки ресурси за 2008 г. по вид персонал

Персонал	Общо	ЛЗ за болн. помощ	ЛЗ за извън-болн. помощ	в това число:					
				МЦ	ДЦ	МДЦ	ДКЦ	МД лаб.	МТ лаб.
Лекари	27480	13734	10866	1627	1	79	1690	220	
Други медицински специалисти									
С образов. степен "специалист",									
Завършили медицински колеж или									
придобили специалност "Здравни грижи"	48378	28606	6447	1980	235	121	2095	714	1302
Акушерки	3336	2742	301	166		5	129	1	
Медицински сестри (всички профили)	32314	20459	2506	1105	174	83	1070	72	2
Медицински лаборанти	4221	2536	1164	252		10	413	489	
Рентгенови лаборанти	1509	992	495	87	38	6	215	147	2
Рехабилитатори	1578	1074	395	162		6	227		1

*Персонал на основен трудов договор
Изт.: НЦЗИ

Таблица 17. Териториално разпределение на човешките ресурси за 2008 г.

Области	ЛЕКАРИ		ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА		МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ	
	брой	на 10 000	брой	на 10 000	брой	на 10 000
БЪЛГАРИЯ	27480	36.1	6288	8.3	32314	42.5
БЛАГОЕВГРАД	852	25.9	238	7.2	1201	36.5
БУРГАС	1101	26.2	258	6.1	1377	32.7
ВАРНА	2125	45.9	378	8.2	1861	40.2
В.ТЪРНОВО	833	30.0	187	6.7	1101	39.7
ВИДИН	365	33.1	96	8.7	372	33.7
ВРАЦА	658	32.9	101	5.1	938	47.0
ГАБРОВО	468	35.5	110	8.3	602	45.6
ДОБРИЧ	554	27.5	119	5.9	699	34.7
КЪРДЖАЛИ	381	24.4	104	6.7	621	39.8
КЮСТЕНДИЛ	470	31.9	122	8.3	566	38.4
ЛОВЕЧ	564	36.7	113	7.4	629	41.0
МОНТАНА	477	30.1	85	5.4	551	34.8
ПАЗАРДЖИК	776	26.5	212	7.2	884	30.2
ПЕРНИК	367	26.7	132	9.6	412	30.0
ПЛЕВЕН	1256	42.7	178	6.0	1440	48.9
ПЛОВДИВ	2847	40.4	862	12.2	3145	44.7
РАЗГРАД	321	23.9	66	4.9	451	33.5

РУСЕ	710	28.3	162	6.4	920	36.6
СИЛИСТРА	317	24.6	59	4.6	463	35.9
СЛИВЕН	570	27.6	130	6.3	681	33.0
СМОЛЯН	348	27.5	106	8.4	563	44.5
СОФИЯ-столица	5962	47.8	1545	12.4	6397	51.3
СОФИЯ	906	35.6	114	4.5	1130	44.4
СТ.ЗАГОРА	1373	38.8	265	7.5	1683	47.6
ТЪРГОВИЩЕ	364	27.7	59	4.5	523	39.9
ХАСКОВО	712	27.5	197	7.6	943	36.4
ШУМЕН	563	28.8	99	5.1	822	42.1
ЯМБОЛ	330	23.5	95	6.8	469	33.3

Изт.: НЦЗИ

Таблица 18. Човешки ресурси за периода 1996-2008 г.

Показатели/години	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ЛЕКАРИ													
Общ брой	29592	28655	28476	28261	27526	27186	27688	28128	27423	28197	28111	27911	27480
на 10 000 население	35.5	34.6	34.6	34.5	33.8	34.5	35.3	36.1	35.3	36.5	36.6	36.5	36.1
ОПЛ на 10 000 население					6.7	6.5	6.7	6.9	6.9	6.8	6.7	6.5	6.3
Вътрешни болести на 10 000 население	9.9	9.6	9.1	9.3	6.1	5.7	5.3	5.6	5.2	5.4	5.6	5.3	5.3
Хирурзи на 10 000 население	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.4	3.7	3.5	3.6	3.6	3.1	3.2
АГ на 10 000 население	1.9	1.9	1.9	2.0	1.9	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8
Педиатри на 10 000 население	4.4	4.2	4.3	4.1	2.1	1.9	1.9	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.8
Офталмолози на 10 000 население	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Оториноларинголози на 10 000 население	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Невролози на 10 000 население	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Психиатри на 10 000 население	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7
Дерматовенеролози на 10 000 население	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Рентгенолози на 10 000 население	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1	1.1
Физиотерапевти на 10 000 население	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6
Лабораторни лекари на 10 000 население	0.7	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.8
Епидемиолози на 10 000 население	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Паразитолози на 10 000 население	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Анестезиолози на 10 000 население	1.4	1.4	1.5	1.5	1.5	1.3	1.4	1.5	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6
ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА													

Общ брой	5 493	5 240	4 838	4 655	6 778	6 482	6 144	6 475	6 491	6 493	6 512	6 432	6 288
на 10 000 население	6.6	6.3	5.9	5.7	8.3	8.2	7.8	8.3	8.4	8.4	8.5	8.4	8.3
СЕСТРИ													
Общ брой	51 109	47 434	47 343	45 252	31 479	29 769	28 508	29 650	29 769	31 235	31 599	32 244	32 314
на 10 000 население	61.3	57.3	57.5	55.2	38.6	37.7	36.3	38.0	38.4	40.5	41.1	42.2	42.5
АКУШЕРКИ													
Общ брой	6 565	5 923	5 826	5 494	4 131	3 518	3 433	3 456	3 417	3 455	3 429	3 401	3 336
на 10 000 население	7.9	7.1	7.1	7.1	5.1	4.5	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.5	4.4
ФЕЛДШЕРИ													
Общ брой	6 886	5 888	5 663	5 351	3 158	2 334	1 972	2 334	2 549	2 466	2 568	2 660	2 508
на 10 000 население	8.2	7.1	6.9	6.5	3.9	3.0	2.5	3.0	3.3	3.2	3.3	3.5	3.3

Изт.: НЦЗИ

**Таблица 19. Осигуреност с човешки ресурси в България и ЕС
(на 100 000 души)**

Година	България	ЕС
ЛЕКАРИ		
2004	352.43	320.01
2005	367.96	314.97
2006	366.46	315.04
2007	365	322.34
2008	361	-
ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ		
2004	68.9	98.8
2005	67.72	97.27
2006	66.84	97.71
2007	65	-
2008	63	-
ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА		
2004	83.42	60.25
2005	84.04	61.16
2006	84.89	61.99
2007	84	-
2008	83	-
МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ		
2004	382.58	725.58
2005	404.28	735.98
2006	411.93	741.56
2007	422	-
2008	425	-
АКУШЕРКИ		
2004	43.91	36.05
2005	44.72	36.01
2006	44.7	-
2007	45	-
2008	44	-

Изм.: НЦЗИ

Таблица 20. Извършени имунизации в България през 2008 г.

<i>Задължителни имунизации</i>	
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА имунизирани новородени % на обхванатите	97.5
Срещу ПОЛИОМИЕЛИТ % на обхванатите	95.8
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС и КОКЛЮШ % на обхванатите	95.3
Срещу ХЕПАТИТ В имунизирани новородени % на обхванатите	95.7
Срещу МОРБИЛИ, ПАРОТИТ и РУБЕОЛА с асоциирана ваксина % на обхванатите	95.9
<i>Целеви имунизации (брой)</i>	
Срещу БЯС при ухапване	3 722
<i>Препоръчителни имунизации (брой)</i>	
Срещу ХЕПАТИТ А	1 341
Срещу ХЕПАТИТ В	783
Срещу ГРИП	58 693
Срещу ТЕТАНУС при нараняване	89 754

Източник: НЦЗИ – Извършени имунизации в Р. България през 2008 г.)

Таблица 21. Изпълнение на имунизационната програма на Р БЪЛГАРИЯ през 2008 г.- брой и % на децата със завършена първична имунизация

ВАКСИНА	БРОЙ		ОБХВАТ (%)
	ПОДЛЕЖАЩИ	ОБХВАНАТИ	
BCG (новородени)	72 894	71 098	97.5
НВV 3 (на 6 месеца)	68 742	65 808	95.7
PV 3 (на 4 месеца)	69 036	66 168	95.8
ДТК 3 (на 4 месеца)	68 120	64 903	95.3
MMR (на 13 месеца)	67 892	65 118	95.9

Източник: Анализ на имунизациите през 2008 г., НЦЗПБ