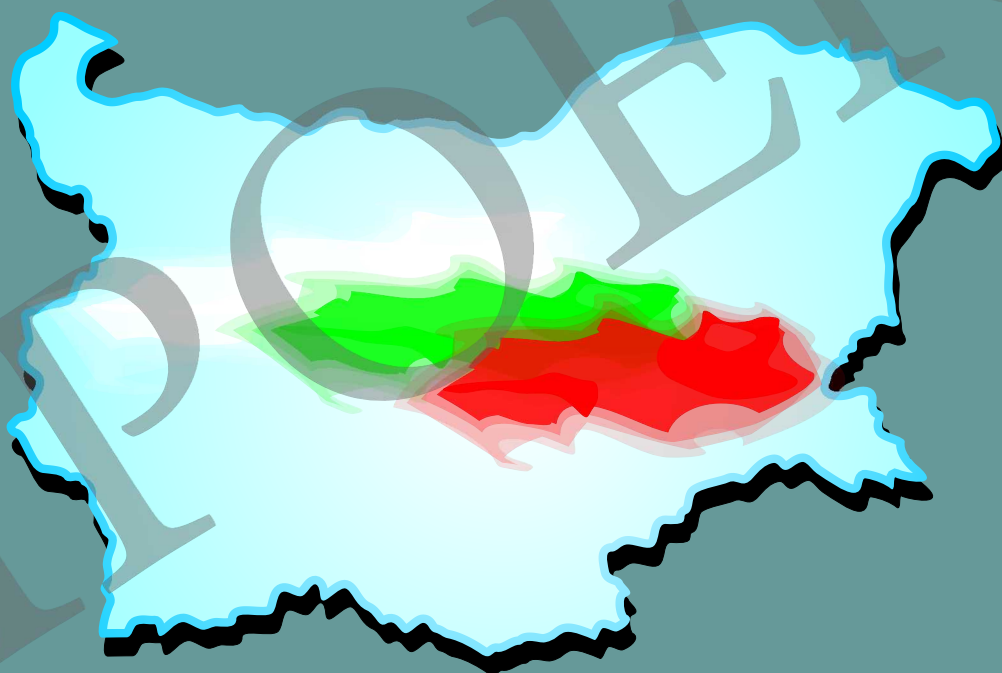




РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МИНИСТЕРСТВО
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ГОДИШЕН ДОКЛАД



за състоянието на здравето
на гражданите
и изпълнението на Националната
здравна стратегия за 2012 година

София, 2013

СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ.....	2
2. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ.....	7
2.1. Демографско състояние и влиянието му върху здравето на нацията.....	7
2.1.1. Брой и структура на населението.....	7
2.1.2. Естествен и механичен прираст на населението	8
2.1.3. Вътрешна и външна миграция.....	9
2.1.4. Бракове.....	9
2.1.6. Смъртност.....	11
2.1.7. Детска смъртност.....	13
2.1.8. Естествен прираст.....	14
2.1.9. Средна продължителност на живота	15
2.1.10. Заболеваемост и болестност	16
2.1.11. Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане	23
2.1.12. Оценка на здравето състояние на децата и учениците	25
2.1.13. Психично здраве	27
2.2. Рискови фактори	28
2.2.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето)	28
2.2.2. Рискови фактори, свързани с околната среда	34
2.2.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот	42
3. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	47
3.1. Структура и организация	47
3.2. Нормативна база	49
3.3. Финансиране.....	50
3.4. Човешки ресурси.....	66
3.5. Лечебни заведения	68
3.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ	68
3.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ	71
3.5.3. Болнична медицинска помощ	74
3.5.4. Спешна медицинска помощ.....	82
3.6. Специализирани програми.....	83
3.7. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика.....	92
4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО	95
5. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2012 Г.	102
6. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ.....	108
7. ПРИЛОЖЕНИЯ	114
7.1. Таблици.....	114
7.2. Фигури	140
7.3. Списък на актовете в областта на здравеопазването обнародвани в Държавен вестник през 2012 г.	144
Списък на използваните съкращения	155

1. ВЪВЕДЕНИЕ

„Подкрепата за постигане на добро здраве представлява неразделна част от целите за интелигентен и приобщаващ растеж в стратегията „Европа 2020“. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълъг период има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността.“ - Съобщение на Европейската комисия (COM(2011)0500) „Бюджет за стратегията „Европа 2020“ - 29 юни 2011 г.

„Здравето не е просто ценност сама за себе си - то е и фактор за растеж. Само население в добро здраве може да напълно своя икономически потенциал.“ - Съобщение на ЕК (COM(2011)709) - 9 ноември 2011 г.

Доброто здраве е необходимо условие за лично и обществено благополучие, а защитата на здравето посредством функциите на здравеопазването е едно от фундаменталните човешки права. Безспорно е значението на здравето и неговата ефективна защита за икономическото развитие на страната, социалното единство, устойчивостта и сигурността на държавата. Само по себе си “здравето” е сложна и многофакторно обусловена категория. Световната здравна организация (СЗО) определяйки през 1961 г. здравето като “състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на заболяване или недъг”, подчертава позитивната страна на здравето (здравето и при здравите, а не само за болните), както и трите аспекта на здравето – физическа страна (соматично здраве), душевна страна (психично здраве) и обществена (социална) страна. И докато физическото и психичното здраве се приемат за неотменен компонент на понятието, социалният аспект все още е неразбираем и трудно постижим критерий за добро здраве.

Човешкото здраве зависи от сложен комплекс от ендогенни (вътрешни, произтичащи от индивида), етогенни (поведенски) и екзогенни (външни) фактори. Наследствеността и собственият биологичен потенциал на индивида обуславят или влияят върху възникването и развитието на редица болести и състояния.

Поведенческите фактори като тютюнопушене, вредна консумация на алкохол, непълноценно хранене, недостатъчна физическа активност, нездравословен труд и почивка са в пряка връзка с развитието на хроничните заболявания, които са основна причина за смъртност и ниско качество на живот в нашата страна и в Европа. Тези рискови фактори се утежняват допълнително от предпоставящите ги социално-икономически, както и от определени екологични фактори. Външните фактори, оказващи влияние върху здравето, са екологични (физико-химични фактори на околната среда) и социално-икономически (в т.ч. образование, работа, доход, семейство) и системата на здравеопазване. Социално-икономическите фактори за здравето на човека се обуславят от обществените отношения, в които се включва индивидът, от неговата социална среда и възможностите му да учи, да работи и да участва в обществения живот, да има дом и семейство. Според изследвания* социално-икономическите фактори на окръжаващата среда имат най-съществено влияние върху здравето на гражданите (50%), като бедността и безработицата се считат за едни от най-важните социални детерминанти и рискове за здравето.

Здравеопазването, като един от външните фактори, имащи пряко отношение към здравето, представлява система от медицински и немедицински, научни и приложни дейности, организирани от обществото, която произвежда здравни услуги и резултати главно във вид на подобрения на здравето. Здравната система задоволява потребностите на хората за тяхното количествено и качествено възпроизводство и по този начин влияе и върху другите две сфери – на материалното и на духовното производство, осигурявайки основния производствен фактор – човека.

Поради хетерогенния състав на факторите, обуславящи здравето, делът на здравната система за решаване на здравни проблеми и генериране на здравни подобрения (например намаляване на смъртността) е не повече от 10-15%.*

Здравеопазването, поради специфичния си предмет на дейност, продължава да се възприема основно като социална, т.е. неикономическа дейност..

Съвременните икономически схващания обаче възприемат разширено разбиране на икономиката, включващо и неикономически дейности (образование, здравеопазване, култура, медии), като оценяват тези неикономически фактори за развитие на обществото като съществени за цивилизационния процес. Здравето, както и образованието, се разглежда като ресурс, въпреки че няма материален субстрат и е неделимо от човека, който определя количеството и функционалните характеристики на работната му сила.

Връзката между икономиката, здравето и здравеопазването е двупосочна. Безусловна е зависимостта на здравните резултати от развитието на икономиката. Тази еднопосочна зависимост обаче не бива да се абсолютизира, тъй като икономическата среда и богатството на обществото не са единствената детерминанта на здравето. Изследванията* показват, че въпреки значителното нарастване на здравните разходи в развитите страни, достигащи до 13-14% от БВП (напр. САЩ), е налице намаляваща полезност от вложените в здравеопазването ресурси по отношение на здравните резултати, т.е. на подобренията в здравето на хората. В този смисъл е важно акцентирането върху обратната връзка на въздействие на здравето и здравеопазването върху икономиката и икономическия растеж. В процеса на историческо развитие на икономическата теория се натрупват все повече теоретични и емпирични аргументи, доказващи ролята на здравето и на здравеопазването като фактори за конкурентоспособност и икономически растеж.

Налага се становището, че осигуряването на добро здраве е важен фактор за успешната бъдеща трудова заетост и професионална реализация, както и за дългосрочния потенциал за развитие на отделния човек, организация или държава в глобалната икономика. От края на 80-те години по методика на ООН здравето е включено като един от фундаменталните измерители на индекса на човешкото развитие. Също така то (чрез показателя "продължителност на живота") се приема като един от най-съществените показатели на качеството на живота.

На здравето на населението все повече следва да се гледа не като на съпътстващ продукт на благоденствието, а като на нещо, което е и вложение в бъдещия икономически растеж. Допълнителните инвестиции за по-добро здравеопазване за населението са необходими не само от социални и етични съображения, но в дългосрочен план те ще да допринесат за подобряване на конкурентоспособността на нацията в икономическо отношение. Необходим е качествено нов подход към финансирането на здравеопазването, основан на разбирането, че здравните разходи са инвестиция, която се възвръща чрез „добавени години живот в добро здраве“ за пациентите и чрез преки икономически резултати, водещи до подобряване на благосъстоянието на цялото население.

В отговор на тези нови аргументи за икономическата значимост на инвестициите в здравеопазването Стратегията „Здраве 2020“ на Европейския регионален комитет на СЗО акцентира върху насърчаване и инвестирането в здравето на хората през целия им живот и реализиране на основни демократични ценности – солидарност, устойчивост и равнопоставеност.

На здравето е отредена важна роля и в стратегията „Европа 2020“, като в съобщението си от 29 юни 2011 г., озаглавено „Бюджет за стратегията „Европа 2020“, Европейската Комисия подчертава, че „подкрепата за постигане на добро здраве

представлява неразделна част от целите за интелигентен и приобщаващ растеж в стратегията „Европа 2020“. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълъг период има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността. Иновациите в здравеопазването спомагат за посрещане на предизвикателството, свързано с устойчивостта в сектора в контекста на демографските промени, като за постигането на „приобщаващ растеж“ е важно да се работи за намаляване на неравенството по отношение на здравето.

От друга страна, влошеното здраве е тежко икономическо бреме. Европа страда най-вече от превантивни болести, свързани с начина на живот – тютюнопушене, наднормено тегло. Всеки 10% от загубените години живот с дееспособност се дължат на лошо хранене (4.5%), затлъстяване (3.5%) и обездвижване (1.4%). Сърдечносъдовите заболявания са основната причина за смъртност и струват приблизително 3% от БВП и 500 милиона пропуснати работни дни годишно. Общо в Европа се изразходват 100 млрд. евро (загуби от преки и косвени разходи) за респираторни заболявания и 135 млрд. за сърдечно-съдови, включващи 8 милиона загубени години живот с дееспособност. Стойността по възстановяване на психичното здраве се оценява около 3-4% от БВП. Тютюнопушенето причинява икономически загуби не само на пушачите и техните семейства, но и на цялото общество. Тютюнът е най-големият причинител на смърт, която може да се избегне, и струва малко над 1% от БВП годишно. За здравните проблеми, свързани със затлъстяването, се заделят между 2-8% от общите разходи за здравеопазване.*

През последните десетилетия очакваната продължителност на живота бележи безпрецедентно увеличение, достигайки през 2011 г. 77.3 години при мъжете и 83.1 години при жените в ЕС.

Противно на тази тенденция, средната продължителност на живота в добро здраве се увеличава с много по-бавни темпове, достигайки 60.9 години при мъжете и 62 години при жените. Това означава, че през по-голяма част от тази увеличена продължителност на живота хората са във влошено здраве, което е сред факторите, отговорни за тенденцията на спираловидно нарастване на разходите за здравеопазване и възпрепятстващи участието на пазара на труда. Влошеното здраве влияе неблагоприятно върху развитието на човешкия капитал, който е от решаващо значение за развиването на икономика, основана на знанието.

Същевременно съществуват големи и увеличаващи се неравенства по отношение на здравето между отделните държави-членки на ЕС и в рамките на техните територии. През последните две десетилетия разликата между продължителността на живота на национално равнище и средната продължителност за ЕС в редица държави се е увеличила значително, като разликата между държавите-членки с най-висока и най-ниска продължителност на живота (в т.ч. България) е 8 години при жените и 14 години при мъжете.

Съществуват и разлики, достигащи до 20 години, по отношение на броя на годините живот в добро здравословно състояние (продължителност на здравословния начин на живот), като гражданите от централната и източната част на ЕС, особено мъжете, живеят средно по-малко години в добро здравословно състояние.*

Значителни разлики между държавите-членки се забелязват и при смъртността при новородените, преждевременната смъртност, смъртността, която може да се избегне, както и други субективни здравни мерки като общо здравословно състояние по собствена преценка и продължително заболяване или ограничена дееспособност през последните шест месеца.

Данните показват, че държавите, в които продължителността на живота е по-ниска, а нивата на неудовлетворените потребности от медицинска помощ - по-високи,

имат по-ниски разходи за здравеопазване на глава от населението и като процент от БВП.

Освен посочените по-горе разлики между държавите-членки има отчетлив социален градиент на здравословното състояние. При по-ниско образование хора, хората с по-нисък професионален статус или по-ниски доходи, както и при някои етнически малцинства, в много държави-членки съществува тенденция към по-ранна смъртност, както и към по-голямо разпространение на повечето здравословни проблеми.

Разликите в очакваната продължителност на живота при раждане между социално-икономическите групи в най-горната и в най-долната част на социалната стълбица (например между служителите, занимаващи се с физически и умствен труд, хора с начално образование и такива с по-високо от средно образование, както и между хора с най-ниски и най-високи доходи) варират между 4 и 10 години при мъжете и между 2 и 7 години при жените. Смъртността при новородените е по-висока при най-ниските социално-икономически групи, а неравенствата, свързани с този фактор, също са се увеличили през последните години.

Значителни неравенства по отношение на здравословното състояние са налице сред уязвимите групи като жители на райони с неблагоприятни условия, бедни, безработни и неформално заети лица, бездомни, хора с увреждания, лица с психични или хронични заболявания, възрастни хора с ниски пенсии и самотни родители, където съществува тенденция на по-висока заболяемост и преждевременна смърт.

Здравословното състояние на населението не варира случайно, а се дължи на систематичните разлики при разпределението на факторите, оказващи влияние върху него:

Условията на живот и труд оказват влияние върху здравето чрез преки и косвени физически и психологични механизми. Влиянието на някои фактори продължава да действа за дълги периоди от време. Наличието на фактори, които оказват влияние върху здравето, се различава в зависимост *от мястото, на което хората живеят*, както и *от тяхната професия*. Все още част от населението няма достъп до течаща вода, подходящи хигиенни и санитарни помещения, електроенергия на приемливи цени, централно отопление и изолация и живее във влажни, пренаселени жилища. Незадоволителните условия на труд оказват негативно влияние върху здравето, като това е свързано със слабия контрол върху работната среда, неравномерното разпределение на усилия и възнаграждения и излагането на физически и психологически рискове на работното място. От друга страна стабилното управление, добрите условия на труд и наличието на силни социални мрежи на работното място могат да окажат положително влияние върху здравето.

Типовите *здравно поведение* като начин на хранене, нива на физическа активност, тютюнопушене, употреба на алкохол и сексуално поведение са повлияни от социално-икономическите и културните фактори. Това може отчасти да обясни разликите между здравословното състояние на отделните социални групи и между отделни държави и райони. Според повечето изследвания индивидуалното поведение може да бъде причина за 25-35% от разликите при здравословното състояние на гражданите. Съществуват големи разлики между европейските страни и социално-икономическите групи по отношение на здравословното хранене, широко разпространеното тютюнопушене, употребата на алкохол и физическата активност и последиците от тези фактори - затлъстяване и лошо здравословно състояние.

Психосоциални фактори, като негативни житейски събития, чувство на изолация и маргинализация, липса на контрол върху събитията от живота и трудната работа за оскъдно възнаграждение, могат да допринесат за влошаването на здравето.

Неравенствата по отношение на здравето са свързани и със социално-икономическите разлики при *достъпа до здравни грижи*. Съществува ясно изразена връзка между разликата в доходите и незадоволената потребност от медицински грижи. Хората с нисък доход по-често имат незадоволената потребност от медицински грижи вследствие на липса на здравно осигуряване, преки финансови разходи, географски несъответствия при наличието на услуги, време за чакане и културни пречки.

Неравенствата по отношение на здравето са не само несправедливи, те имат и огромна икономическа и социална цена. Според експерти 50% от разликите в икономическия растеж между бедните и богатите страни се дължат на разликите в здравето и продължителността на живота. От друга страна, според наличните данни сам по себе си икономическият растеж може да не доведе до намаляване на неравенствата. За ограничаване на неравенствата по отношение на здравето икономическият растеж трябва да бъде придружен от допълнителни политически мерки и трябва да се обръща по-голямо внимание на разпределението на богатата. Освен това положителното влияние на БВП на глава от населението върху здравето на гражданите и равенството по отношение на здравето до голяма степен зависи от правилната комбинация от политики за намаляване на различията и подобряване на общото здравословно състояние на населението чрез оптимизиране на връзката между ползата за здравеопазването и наличните ресурси.

Системата на здравеопазването играе ключова роля при осигуряването на добро общо здравословно състояние на населението. Наличието на инфраструктура, оборудване и достатъчен брой медицински персонал и достъпът до качествено здравеопазване за всички граждани, независимо от дохода, социалния статус, местонахождението и националността им, е от съществено значение за преодоляване на съществуващото значително неравенство по отношение на здравето. Едновременно с това са необходими мерки по отношение на различните фактори, които поражда неравенства или ги задълбочават, в т.ч. политики, насочени към преодоляване на социалните и регионалните различия.

Подобряването на здравето е свързано със сериозни предизвикателства от научно и медицинско естество, но и с откриващи се значителни икономически възможности. Подходящите инвестиции ще доведат не само до подобряване на здравето, но и до по-дълъг и по-продуктивен живот и намаляване недостига на работна ръка. Ако хората живеят в по-добро здраве, те ще са в състояние да продължат да дават своя принос за икономиката с напредването на възрастта като работници, доброволци и потребители.

Настоящият доклад за здравето е насочен и представя обективна оценка на здравното състояние на гражданите в Република България през 2012 година и някои основни тенденции, които се развиват в него, както и основните здравни потребности на населението. Той описва функционирането на здравната система и нейните възможности за предоставянето на необходимите ресурси и осъществяването на дейностите по задоволяването на изявените здравни потребности и намаляване на неравенствата, свързани със здравето. В доклада е направен анализ на изпълнението на основните политики и Националната здравна стратегия 2008-2013 г. В заключението са представени основните изводи и възможни подходи по решаването на някои от възникналите проблеми, отбелязани в анализа.

2. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ

Здравно-демографското състояние на населението не трябва да се разглежда като самоцел при оценката на здравето на нацията, защото то е от основно значение не само за благополучието на гражданите, но и важен фактор за икономически растеж.

2.1. Демографско състояние и влиянието му върху здравето на нацията

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния. Някои от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, а други – със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на страната¹.

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора.

2.1.1. Брой и структура на населението

Населението в България към 31.12.2012 г. е 7 282 041 души, което представлява 1.5% от населението на Европейския съюз и нарежда страната ни на 16-то място по брой на населението. В сравнение с предходната година то е намаляло с 45 183 души (0.6%). Две трети от намалението на населението (68.9%) се дължи на отрицателния естествен прираст (повече починали лица от родените) и почти една трета (31.1%) - на емиграция¹.

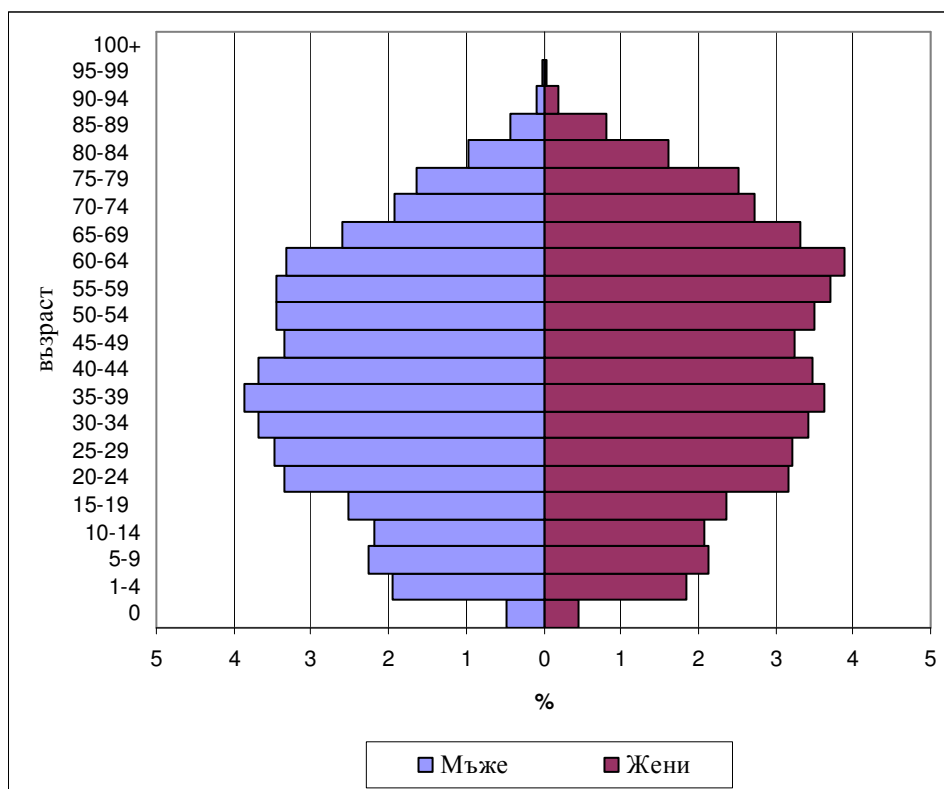
Броят на жените е 3 738 435, което представлява 51.3% от цялото население, а мъжете са 3 543 606 (48.7%). Делът на жените е еднакъв спрямо предходната година (51.3%), като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.7%). Запазва се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 53 годишна възраст. Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението (фигура 1).

Запазва се тенденцията за увеличаване на относителния дял на градското население и намаляване на това в селата. В градовете живее близо 3/4 от населението на страната – 5 306 233 души (72.9%), а в селата – 1 975 808 (27.1%). Спрямо предходната година е увеличен делът на живеещите в градовете с 0.2%. Наблюдава се трайна тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните райони (северозападна и югоизточна граница). Това представлява сериозен проблем за икономическото развитие, а в бъдеще и за държавното и регионално управление и е индикатор за задълбочаващите се различия между условията на работа и живот в градовете и селата¹.

През последното десетилетие настъпват съществени промени във възрастовата структура на населението, повлияни от промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, миграцията, жизнения стандарт, политическите промени и др. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризиращ се с намаляване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаване на дела на населението над 65 години – проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС (приложения – таблица 1).

Фигура 1. Възрастова пирамида на населението в България

¹ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)



Източник: НСИ

След 2000 г. се наблюдава тенденция за намаляване на дела на децата до 15-годишна възраст, който за 2012 г. е 13.6% от общия брой на населението (989 786 деца) и е по-нисък от същия за ЕС (15.55%). В същото време нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2012 г. достига 19.2% при 18.9% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (17.56%), той остава, макар и незначително, по-висок². В 15 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като тя ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието. Прогнозите на ООН предвиждат през 2025 г. делът им сред възрастното население да достигне до 26.2% в Източна Европа. Това поражда необходимостта от изграждане и ефективно функциониране на адекватна мрежа от специализирани институции, както и от оказване на разнообразни социални услуги и медицински грижи³.

2.1.2. Естествен и механичен прираст на населението

Естественият прираст на населението през 2012 г. е -5.5‰ при -5.1‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност е увеличена с 0.4‰. В резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло през 2012 г. с 40160 души, с 2748 повече от 2011 г. Това намаление се дължи основно на негативните

² WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB).

³ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 6 пъти по-голям по абсолютна стойност (-12.8‰) от този в градовете (-2.8‰). През 2012 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 2 512 души, като намалението е в резултат на външна миграция. През 2010 г. механичният прираст е -24 190 души, най-високата стойност след 2007 г.

2.1.3. Вътрешна и външна миграция

През 2012 г. в преселванията между отделните населени места в страната са участвали 82 197 души, най-често по направление „град-град“.

Броят на изселените от страната през 2012 г. е 16 615, в т.ч. 8 836 мъже и 7 779 жени. Най-голям е броят и дялът на тези във възрастовата група 25-29 г, следвана от 20-24, 30-34 и 35-39 годишните, общо обуславящи повече от половината от всички изселвания от страната (53.88%).

България продължава да бъде напускана от млади и образовани хора, в които държавата е инвестирала и които се адаптират по-лесно към изискванията на пазара на труда. Мотивите за емиграция се свързват със стремеж за образователна и професионална реализация и осигуряване на трудова заетост, с по-високи доходи и по-висок жизнен стандарт. Този процес има сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната. Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време – 40-50 години.

2.1.4. Бракове

Броят на регистрираните юридически бракове през 2012 г. е 21 167, което е с 281 по-малко от предходната година. От тях 16 357 (77.3%) са сред градското население. Намалението на този показател обуславя и намалението на коефициента за брачност, който достига 2.9‰.

Не се регистрира промяна спрямо предходната година в средната възраст при сключване на първия брак: при мъжете – 30 години, при жените – 27 години.

Запазва се формираната през последните 2 десетилетия тенденция за намаляване дела на женените/омъжените лица за сметка на неженените/неомъжените и на лицата в съжителство без брак.

2.1.5. Раждаемост

Броят на родените през 2012 г. е 69 678, от които живородените са 69 121 (99.2%) и мъртвородените са 557 (0.8%)⁴. Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 1 725 деца.

Броят на живородените момчета е 35 662, с 2 203 по-голям от този на момичетата –33 459 или на 1000 момчета се падат 938 момичета. В градовете живородените са 51 658 (с 1738 по-малко от предходната година), а в селата –17 463 (с 13 по-малко от 2011г.).

Не се отчита промяна спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 26.3 години⁵.

⁴ Национален статистически институт

⁵ България 2011. Статистическа панорама, НСИ, юли 2012

Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на **раждаемостта** (фигура 2). През 2012 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.5‰ (9.6‰ за 2011 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10.49‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

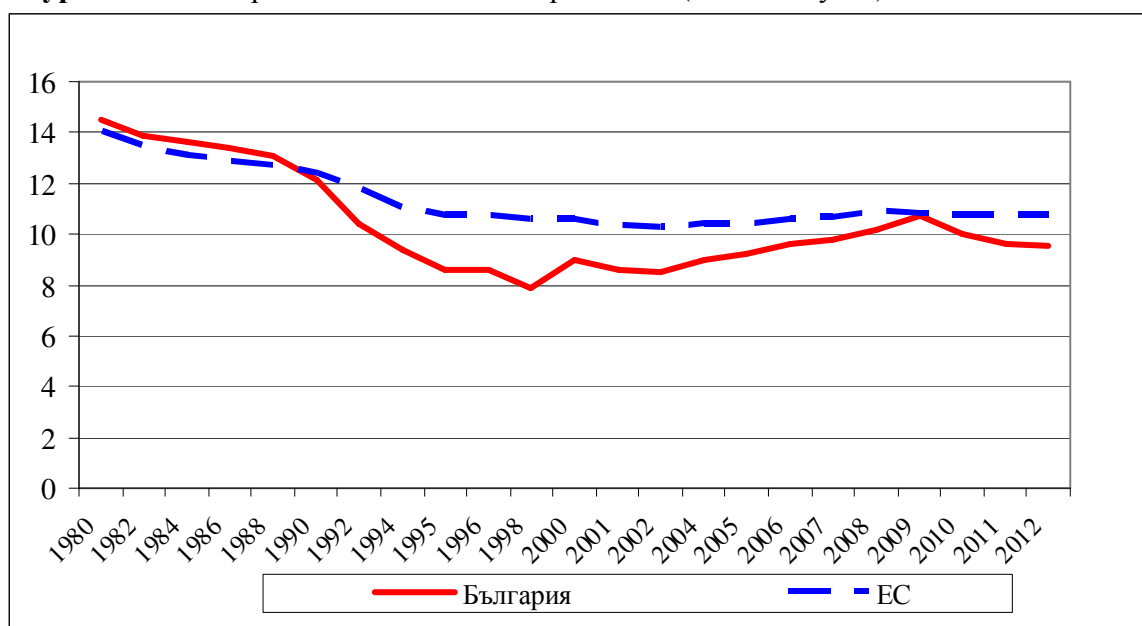
Раждаемостта в градовете намалява и през 2012 г. е 9.7‰, а в селата се запазва почти на едно ниво – 8.8‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

През последната година се наблюдава увеличаване на броя на родилките до 20 г., като същият остава относително висок - 7 404 през 2012 г. при 7779 за 2011 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години.

Влияние върху раждаемостта през последните години оказва повишаването на **плодовитостта** на родилните контингенти, измерена чрез **тоталния коефициент на плодовитост** (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 и през 2012 г. достига 1.5 (ЕС – 1.56).

Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете⁶.

Фигура 2. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



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

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.0‰), София град (10.5‰), Търговище (10.2‰), Бургас (10.1‰) и Варна (10.0‰), а най-ниска в областите Смолян (6.6‰), Видин (7.2‰) и Перник (7.3‰).

Свързани с раждаемостта са и проблемите за **безплодието** и **абортите**.

Въпреки изразената тенденция за намаляване броя на **абортите** (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378), те съставляват половината от ражданията през годината.

⁶ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

При 69 678 раждания за 2012 г. броят на абортите е 29 992. На 1000 жени на възраст 15-49 години се падат 43 раждания и 18.3 аборти. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25-29 г. –7 251 (24.18%) и 30-34 години –7 245 (24.16%). На лица до 15 годишна възраст са извършени 111 аборта (0.37%), а до 19-годишна възраст –2 744 (9.15%), т.е. всеки десети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст (приложения – таблица 2).

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2012 г. е 433.91 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (221.21‰). По-висок е показателят само за Естония и Румъния (приложения – таблица 3).

Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената. От всички извършени аборти 2 930 са по медицински показания (9.77%), 9 821са спонтанни (32.75%) и останалите - по желание –17 240 (57.48%).

2.1.6. Смъртност

Проблем за България е високото ниво на **смъртността – обща и преждевременна**.

След 1964 г., когато е регистрирана най-ниската стойност на **общата смъртност** в страната (7.9‰), показателят трайно нараства. Броят на умрелите лица през 2012 г. е 109 281, а коефициентът на смъртност – 15.0‰ (14.7‰ за 2011 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (9.67‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (15.9‰), отколкото при жените (14.0‰) и в селата (21.6‰), отколкото в градовете (12.5‰).

Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (23.2‰), Монтана (21.4‰), Враца (19.4‰) и Перник (19.0‰) а най-ниска в Кърджали (11.6‰), София град (11.9‰), Благоевград и Варна (12.1‰).

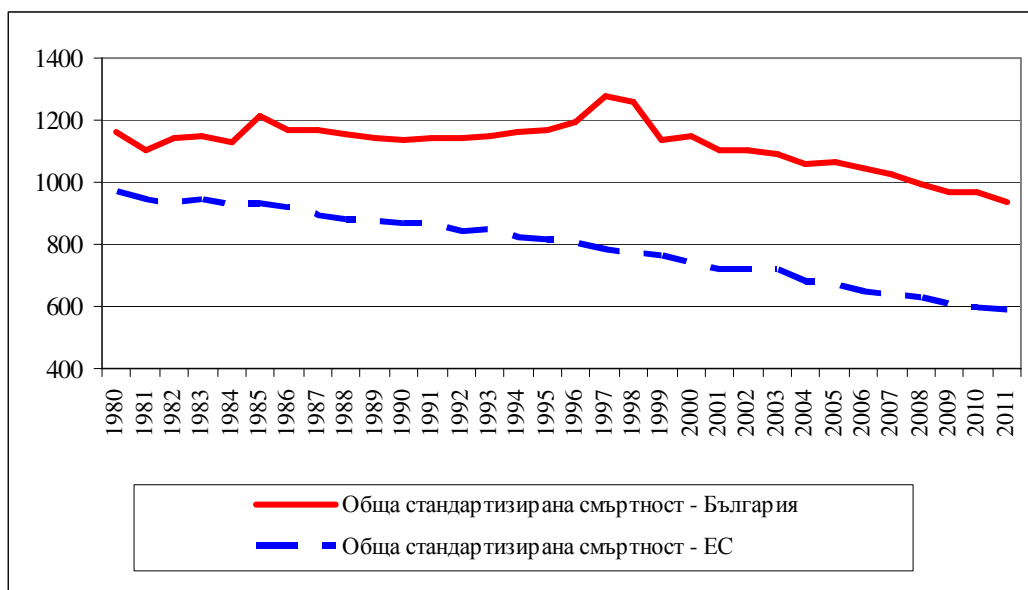
Високата смъртност е за сметка на умиранията на лицата над 65 годишна възраст, макар че се наблюдава нарастване на смъртността и сред лицата във възрастовата група 60-64 години. Основна причина за това е демографското застаряване. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.⁷

Показателят на *преждевременната смъртност* (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиранията) запазва нивото си за последните 5 години и намалява с един пункт за последната година. През 2012 г. е 22.3% при 23.3% през 2011 г., т.е. почти всяко четвърто умиране в страната е на лице, ненавършило 65 години. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока (29.8% при 14.2% за жените).Следва специално да се подчертае, че България остава страна с един от най-високите *стандартизирани коефициенти за смъртност*⁸ (932.87 ‰‰) сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление (фигура 3). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (587.01‰‰).

Фигура 3. Стандартизирани коефициенти за обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)

⁷ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г)

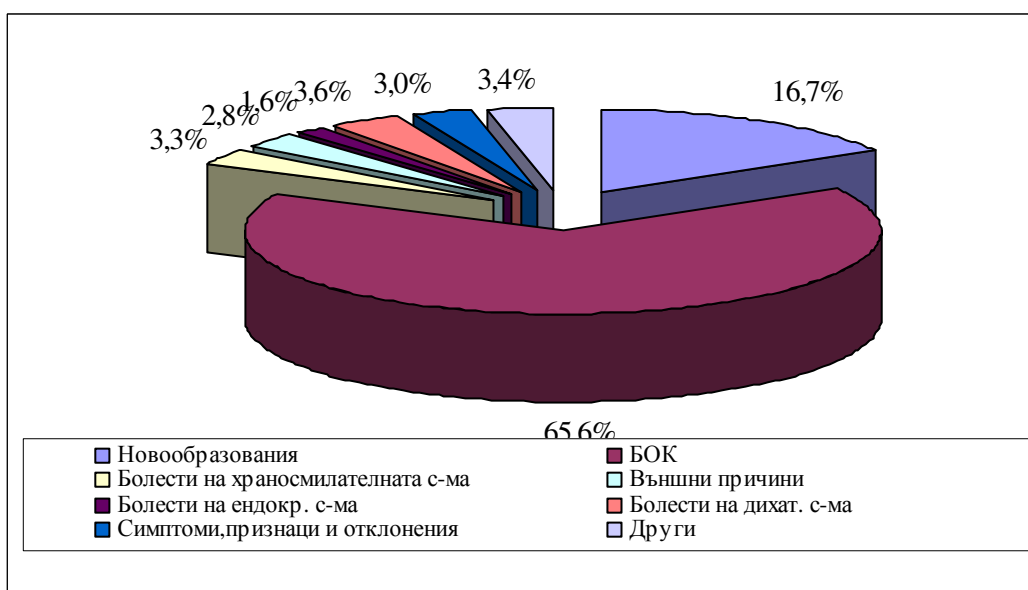
⁸ Стандартизацията има за цел да отстрани различията във възрастовата структура и да покаже каква би била смъртността, ако сравняваните популации имат еднаква структура по възраст. В случая е изчислена по директен метод и представлява тази, която би било, ако коефициентът на населението е със същото възрастово разпределение като стандартното европейско население



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

Запазва се структурата на *смъртността по причини* в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.6%) и новообразуванията (16.7%) (фигура 4).

Фигура 4. Структура на умираанията по причини в България през 2012 г.



Източник: НЦОЗА

В структурата на умираанията от болести на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени мозъчносъдовата болест, сърдечната недостатъчност и исхемична болест на сърцето (съответно 25.9%, 30.4% и 19.3%) (приложения - таблица 4).

В структурата на умираанията поради злокачествени новообразувания през 2012 г. водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб (19.76%), следват тези на дебелото черво (9.41%), млечната жлеза при жените (7.72%), стомаха (7.09%),

панкреаса (5.84%) и на простатата (5.16%). Общо те обуславят повече от половината умирация от този клас болести (54.98%).

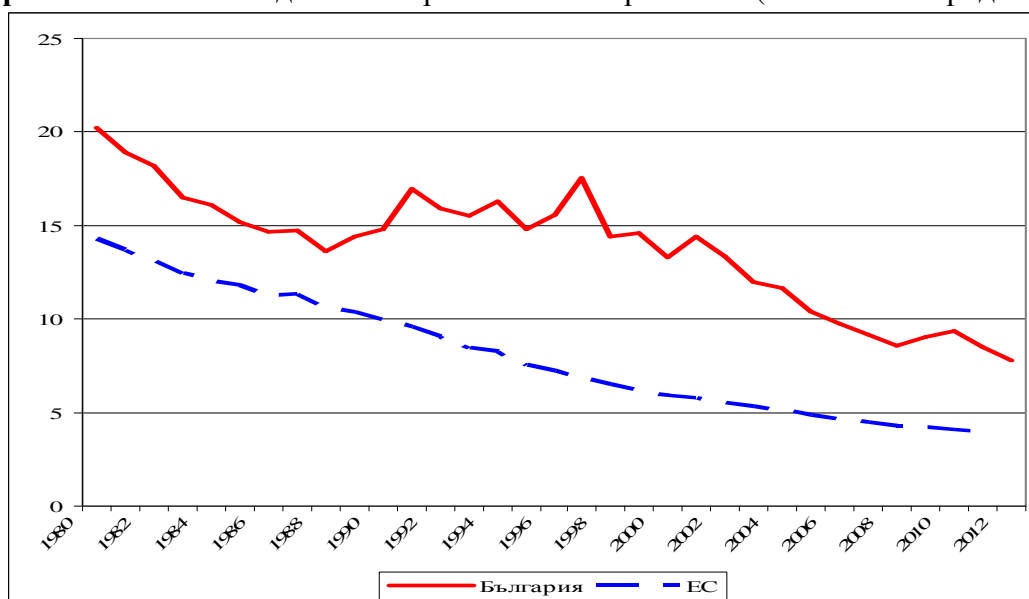
2.1.7. Детска смъртност

Продължава да е висока **детската смъртност**, независимо от изразената тенденция към снижаване. През 2012 г. в страната са умрели 536 деца на възраст до 1 г. (601 за 2011 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 8.5‰ през 2011 г. на 7.8‰ през 2012 г. Достигнатото равнище на детската смъртност е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (фигура 5). Въпреки това, детската смъртност остава почти 2 пъти по-висока, отколкото в ЕС (4.0‰). Този показател е индикатор за качеството на медицинската помощ, но върху него влияят и жизнения стандарт и здравната култура на населението.

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 9.6‰ и 7.1‰). Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Областите с най-висока детска смъртност са Сливен (16.6‰), Монтана (14.4‰), Разград (13.1‰), а с най-ниска – Благоевград (2.3‰), Смолян (2.6‰) и София град (4.4‰).

Фигура 5. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)



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

Перинаталната детска смъртност се задържа висока и през 2012 г. (11.0 на 1000 родени деца), но намалява спрямо предходната година (11.7‰), при среден показател за ЕС (7.14‰).

Показателят за **мъртвораждаемостта** се увеличава спрямо предходната година - 8.0‰ и е по-висок от средната стойност за ЕС (5.27‰).

Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзрастни показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, сравнени със средните стойности за ЕС.

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и достига през 2012 г. най-ниското ниво – 4.5‰. Средната стойност в ЕС на този показател (2.74‰) непрекъснато намалява и е близо 2 пъти по-ниска от тази в България

Постнеонаталната детска смъртност се увеличава през 2012 в сравнение с 2011 г. от 3.2 на 3.3 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.38‰ и е 2.4 пъти по-ниска от тази за България.

Анализът на **умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини** показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 237 (44.22%), в т.ч. дихателни и сърдечно-съдови нарушения, характерни за перинаталния период – 156, от които 100 поради респираторен дистрес синдром. Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 96 (17.91%), болести на органите на кръвообращението (6.16%) и на дихателната система (14.18%). Тези 4 класа обуславят 82.46% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

Интегралният показател, характеризиращ **вероятността за умиране на децата преди достигане на 5-годишна възраст**⁹ в България е 10.22‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.78‰) (приложения - таблица 5). Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. През 2012 г. броят на недоносените новородени е 5 750, което представлява 8.3% от живородените, колкото е и през 2010 г. Недоносените мъртвородени са 389, което представлява 69.8% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

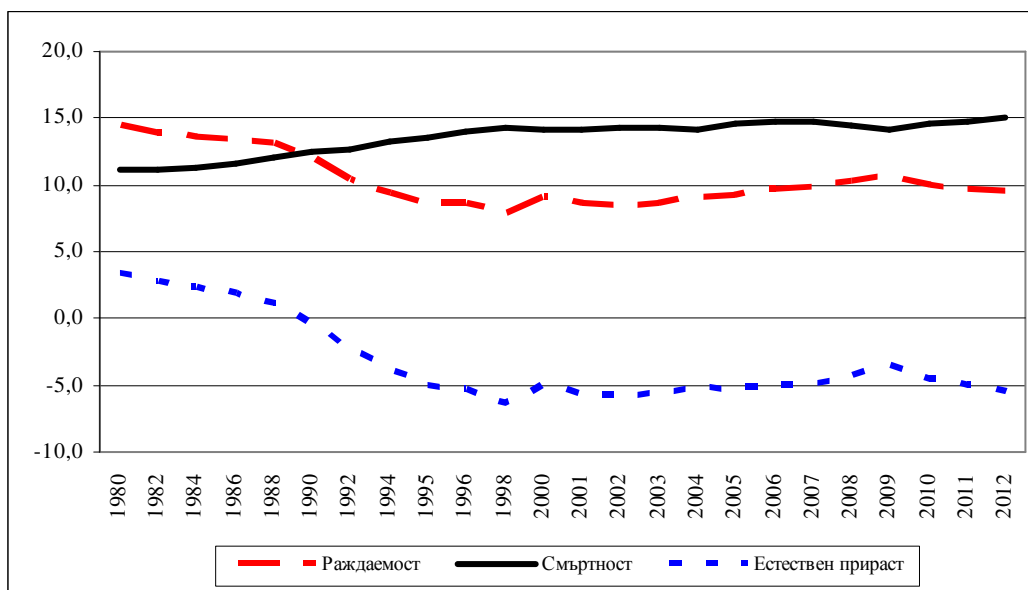
Майчината смъртност на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 4.3 през 2012 г. Съответният показател за ЕС е 5.69‰ (приложения – таблица 6).

2.1.8. Естествен прираст

Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят **отрицателния естествен прираст** на населението през последния десетгодишен период (фигура 6). През 2012 г. коефициентът на естествен прираст е -5.5% при -5.1% за 2011 г., като в селата той е съществено по-нисък от този в градовете (съответно -12.8‰ и -2.8‰). В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст на населението са Латвия, Румъния, Германия, Унгария, Португалия и др. Останалите страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия - 10.4‰.

⁹ Броят смъртни случаи до навършване на 5 год. възраст на 1000 живородени. За изчисляването се използват таблиците за смъртност и очакваната средна продължителност на живота

Фигура 6. Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1000 души)

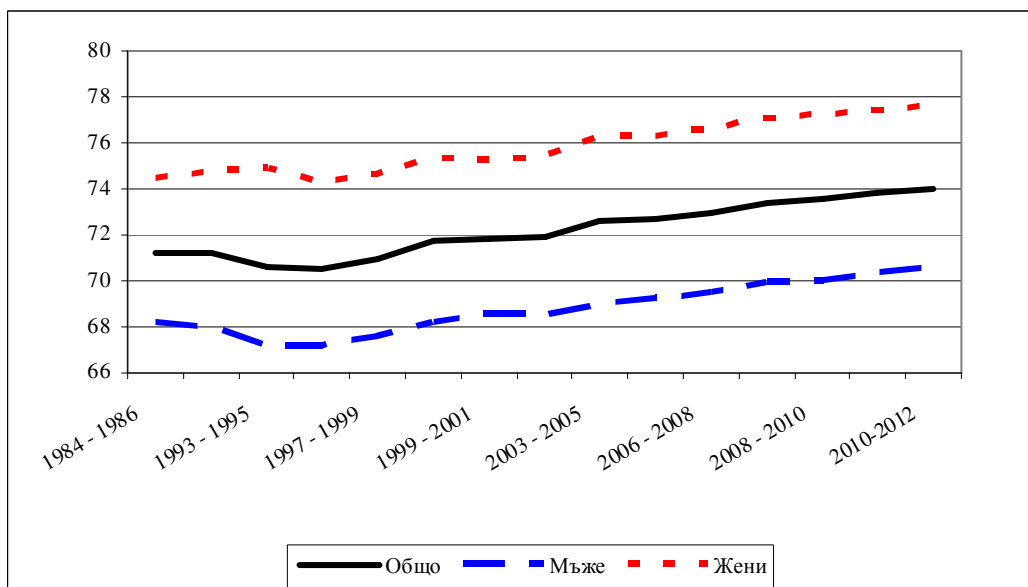


Източник: НСИ

2.1.9. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас продължава да нараства, като през периода 2010-2012 г. от 73.83 години достига 74.02 години, като показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно 70.62 и 77.55 години (фигура 7). През последните петнадесет години се наблюдава тенденция за увеличение на този показател и при двата пола. Въпреки това очакваната продължителност на живота в България е по-ниска от тази в Европейския съюз (80.24 години)¹⁰

Фигура 7. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди



Източник: НСИ

¹⁰ НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

2.1.10. Заболеваемост и болестност

Заразни болести

Епидемиологични данни

През 2012 г. в България са регистрирани общо 60 998 случая на остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 2 739 повече в сравнение с 2011 г., когато са регистрирани 58 259 случая (заболеваемост 832.48‰ през 2012 г., съответно 791.07‰ през 2011 г.) (приложения - таблица 7). По-високият брой заболели се дължи предимно на включването през 2012 г. на диагнозата ротавирусен гастроентерит в списъка на болестите, подлежащи на задължително регистриране, съобщаване и отчет през 2012 г., както и на цикличния подем на заболеваемостта от варицела и скарлатина.

През годината (приложения - таблица 7) се наблюдава увеличение на броя на регистрираните смъртни случаи (84 случая), смъртността (1.15‰) и леталитета (0.14%) в сравнение с 2011 г. (64 смъртни случая, смъртност 0,87‰, леталитет 0.11%). И през 2012 г. основна причина за летален изход са невроинфекциите (менингит и менингоенцефалит и менингококова инфекция.) – общо 47 починали, които представляват 55.95% от всички смъртни случаи поради остри заразни болести (приложения - таблица 8).

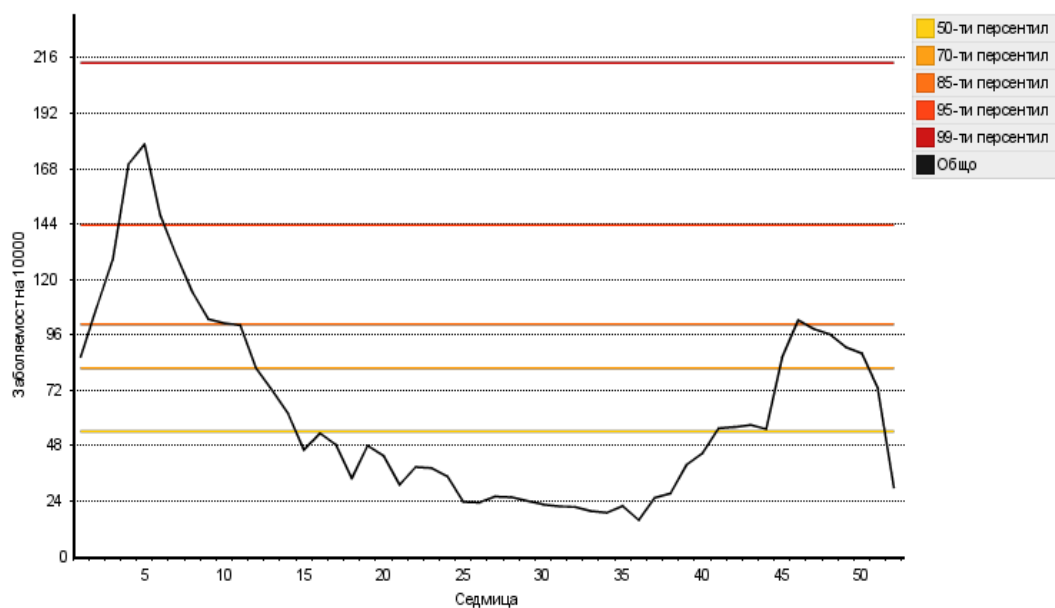
Най-висок относителен дял в структурата на инфекциозната заболеваемост през 2012 г. заема заболеваемостта от варицела (45.54%), следвана от тази от ентероколити (30.19%), вирусен хепатит тип А (8.06%) и скарлатина (5.11%). Докато при **вирусен хепатит тип А** (ВХА) през 2012 г. тенденцията е към снижаване на заболеваемостта – регистрирани са 4 919 случая (заболеваемост 67.13‰), с 669 по-малко в сравнение с предходната година (5 588 случая, заболеваемост 75.88‰), когато беше регистриран пикът на започналия през 2009 г. епидемичен цикъл (приложения - фигура 1), при заболяванията **варицела** и **скарлатина** цикличният подем продължава и през 2012 г. (приложения - фигури 2 и 3).

Грип и остри респираторни заболявания (ОРЗ) – анализът на заболеваемостта през 2012 г. е направен на основата на данните от информационната система за сентинелен надзор на грип и ОРЗ и резултатите от лабораторния надзор върху циркулацията на грипните вируси през годината. През 2012 г. в сентинелната извадка са участвали 351 лечебни заведения за извънболнична помощ, обслужващи общо 380 523 души, разпределени в следните възрастови групи: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64 и над 65 г. Средногодишният брой на наблюдаваното население и заболеваемостта по възрастови групи са показани в таблица 9 на приложенията.

През 2012 г. при наблюдаваните 380 523 лица са регистрирани общо 125 442 заболявания от грип и ОРЗ (заболеваемост 3296.57 на 10 000 население). Тези стойности са по-ниски в сравнение с 2011 г. (общо 144 956 заболявания от грип и ОРЗ и заболеваемост 3 807.04 на 10 000 население), но са близки до обичайните за последните няколко години.

Грипната епидемия в страната започна в началото на януари, продължи 7 седмици и се характеризираше с невисок интензитет (оценката на интензивността на епидемичния процес е направена на основата на персентилите). Заболеваемостта започна бързо да нараства през 2-ра седмица на 2012 г. и достигна епидемични стойности през 4-та седмица в Шумен, Монтана, Смолян и Стара Загора. През 5-та седмица (30.01-05.02.2012 г.) грипната епидемия достигна своя връх със средна седмична заболеваемост 178,55‰ (фигура 8). След регистрираното през 5-та седмица максимално ниво на заболеваемост, броят на съобщените случаи започна да се понижава и през 9-та седмица заболеваемостта достигна обичайните за сезона стойности.

Фигура 8. Интензивност на епидемията от грип в България през 2012 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Както през предходните години, така и през 2012 г. заболяемостта от грип и ОРЗ е най-висока при децата от 0 до 4 години и във възрастовата група на 5-14 годишните (приложения - фигура 4).

Данните за националния имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма през 2012 г. (таблица 1).

Таблица 1. Изпълнение на имунизационната програма на Р България през 2012 г.

Имунизация	Брой		Обхват (%)
	Подлежащи	Обхванати	
Имунизация срещу туберкулоза (новородени)	65 178	63 231	97,0
Имунизация срещу вирусен хепатит В с 3 дози (на 6 месеца)	64 785	61 827	95,4
Имунизация срещу дифтерия, тетанус и коклюш, полиомиелит, ХИБ с петкомпонентна ваксина с 3 дози (на 4 месеца)	64 738	61 687	95,3
Имунизация срещу пневмококови инфекции с конюгирана ваксина 3 дози (на 4 месеца)	63 913	59 727	93,5
Имунизация срещу морбили, паротит и рубеола (на 13 месеца)	67 635	63 358	93,7
Реимунизация срещу морбили, паротит и рубеола (на 12 години)	67 572	63 535	94,0

Източник: НЦОЗА, НЦЗПБ-Анализ на имунизациите през 2012 г.

Нивото на имунизационния обхват има определящо значение за успешния епидемиологичен контрол на ваксинопредотвратимите инфекции. През 2012 г. се запазва тенденцията за намаляване на средната за страната заболяемост от **остър вирусен хепатит тип В** (HBV), която е най-ниска за периода след въвеждането на задължителна регистрация на хепатит В през 1983 г. Регистрирани са 322 заболели (заболяемост 4.39‰) – таблица 2. Независимо от този факт и от постигнатия висок национален обхват на новородените с ваксина против хепатит В – 95.4% от подлежащите (таблица 1), следва да се отбележи, че сред заболелите (приложения - таблица 10) има 38 деца и младежи в имунизационна възраст (от 0 до 20 г.), което показва, че докато епидемичният процес в България не бъде елиминиран, рискът от хепатит В вирусна инфекция ще продължава да съществува и контролът върху изпълнението на имунизационната програма трябва да бъде засилен.

През 2012 г. няма заболявания от **дифтерия** и **полиомиелит**, регистрирани са 2 случая с **тетанус** при възрастни лица. Епидемията от **морбили**, обхванала страната през 2009-2010 г., окончателно приключи през 2012 г. Регистриран е само един случай (заболяемост 0.01 на 100 000). Значително е намален броят на заболелите от **рубеола** – 18 случая (заболяемост 0.25‰) и от **паротит** – 58 случая (заболяемост 0.79‰). Тенденцията е благоприятна, но за постигане на целите на СЗО за елиминация на морбили и рубеола е необходимо националният имунизационен обхват с ваксината срещу морбили, паротит и рубеола на 13 месечна възраст (1-ва доза) и на 12 години (2-ра доза) да бъде не по-нисък от 95%, а през 2012 г. той е съответно 93.7% и 94.0%.

Намален е броят на заболелите от **пневмококов менингит/менингоенцефалит**. Сред общо регистрираните 20 случая (заболяемост 0.27‰) има само 1 дете в имунизационна възраст, което не е било ваксинирано. Намаляването на средната за страната заболяемост от пневмококов менингит и особено на тази при малките деца, е свързано с въвеждането през 2010 г. на масова имунизация срещу пневмококови инфекции в кърмаческата възраст. Подобна е ситуацията и с бактериалния менингит, причинен от **хемофилус инфлуенце**. През годината са регистрирани 3 случая (заболяемост 0.04‰) при лица от възрастови групи, които не подлежат на масова имунизация.

Паразитологични данни

През 2012 г. за паразитози общо са изследвани 738 155 лица, като от тях са диагностицирани 11 026 (1.5%) (приложения - фигура 5).

Паразитозоозите запазват своето медико-социално значение, поради стойности на заболяемост, превишаващи показателите на другите европейски страни. През 2012 г. броят на пациентите с **ехинококоза** се запазва на нивото от 2011 г. Официално са регистрирани 346 лица (345 през 2011 г.) с тази паразитоза, както оперирани, така и лабораторно потвърдени, от които 320 (92.48%) с първична и 26 (7.56 %) с постоперативни рецидиви. Средната заболяемост за годината е 4.37‰ (приложения - фигура 6). Починалите по причина ехинококоза през 2012 са 2-ма в Кърджалийски регион. През годината най-силно е засегната активната възрастовата група от 30-39 години – 16.76% следвана от групата 20-29 години – 15.89% и от тази на 60-69 години – 15.61%. През годината се запазва и високият относителен дял на заболелите в детско-юношеската възраст – 16.18% от всички регистрирани случаи (17% през 2011 г.). Териториалното разпределение на пациентите е неравномерно, като най-засегнати са: областите: Сливен със заболяемост 15.76‰, Ямбол – 11.53‰, Разград – 8.09‰, Търговище – 7.51‰ и Добрич – 7.44‰.

По данни на РЗИ през 2012 г. са съобщени общо 76 лица, консумирали опаразитени с **трихинелни ларви** месни продукти. Заболели са общо 30 лица, от които

25 с клинична форма на заболяването и 5 с безсимптомна, но всички са с имунологично потвърдена диагноза. На територията на страната са регистрирани 4 епидемични взрива. Източници са месни продукти от домашно и диво прасе. Общата заболяемост през 2012 г. е 0.41‰.

По отношение на геохелминтозите заболяемостта през 2012 г. е 8.08‰ за аскаридоза и 0.735‰ за трифоцефалоза (7.2‰ за аскаридозата и 1.6‰ за трифоцефалозата през 2011 г.).

При контактните паразитози не се отчита особена динамика. Екстензитетът на ентеробиозата е 0.6%. С изследвания за тази най-масова паразитоза са обхванати 182 559 (95%) деца от различни видове детски заведения и е установена 0.9% опаразитеност. Екстензитетът на жиардиазата и хименолепидозата е съответно – 0.44% и 0.04%.

За токсоплазмоза са изследвани 11 826 лица, като положителен резултат е получен при 2 363 от тях. Средната серопозитивност за страната са 20%. Най-висока серопозитивност е регистрирана в следните региони: Враца – 52.94%, Габрово – 69.77%, Силистра – 46.43%. Съобщени са 11 случая на остра токсоплазмоза, като общата заболяемост за страната е 0.15‰.

Внасяните паразитози създават определен епидемиологичен и клиничен риск за населението и затова подлежат на постоянен епидемиологичен надзор и противоепидемичен контрол. За малария са изследвани 1006 лица в 16 области на страната и НЦЗПБ, и е диагностицирана тропическа малария при 15 пациента и триденвна (*P. vivax*) при 1 пациент. През 2012 г. няма починали по причина малария.

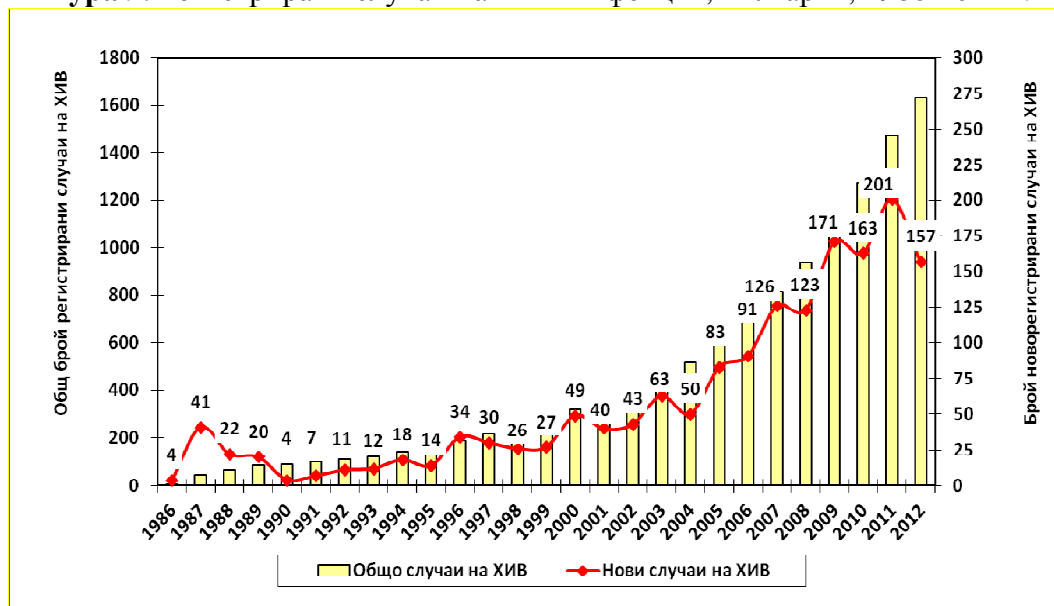
По отношение на **някои венерически и кожнозаразни болести** спрямо предходната година намалява заболеваемостта от *сифилис* от 4.8‰ (2011 г.) на 4.2‰ (2012 г.), а на *трихофития* нараства (съответно от 28.0‰ на 30.9‰). През 2012 г. заболеваемостта от гонорея (1.4‰) и микроспория (29.7‰) намалява спрямо предходната 2011 г. (съответно 2.7‰ и 30.1‰).

ХИВ инфекция

По данни на Министерството на здравеопазването до 2012 г. в България са регистрирани общо 1 630 лица с ХИВ инфекция. През 2012 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 157, което представлява с 22% намаление в сравнение с 2011 г., когато са били регистрирани - 201 случаи (фигура 9). От общия брой регистрирани случаи на ХИВ през 2012 г. - 123 (78%) са мъже и 34 (22%) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2012 г. са 64.

Броят на случаите, които са заболели от СПИН са 64 с поставена диагноза през 2012 г. Данните показват, че при 19% от случаите със СПИН през 2012 г., диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Фигура 9. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986-2012 г.



Източник: МЗ, Дирекция "Международни проекти и специализирани донорски програми"

През последните няколко години над 65% от новорегистрираните серопозитивни лица са открити в 19-те кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС), 17-те мобилни кабинета и дейностите на терен на НПО, работещи с най-уязвимите групи. През отчетния период са регистрирани ХИВ-позитивни лица в много широки възрастови граници от 13 до 69 години, като от няколко години се наблюдава тревожно понижаване на долната възрастова граница. През 2012 г. успоредно с намаляването на лицата, които се инфектират с ХИВ чрез употребата на инжекционни наркотици, намалява и процентът на младите хора под 29 години, които представляват 37% от новорегистрираните ХИВ-серопозитивни.

Според пътя на предаване на инфекцията отново се очертават две особено уязвими групи – мъже, които имат сексуални контакти с други мъже – 37% и инжекционно употребяващи наркотици – 13%. Данните показват, че намалява процентът на лицата, които се инфектират в групата на инжекционно употребяващите наркотици (25.4% през 2012 г.) и значително се увеличава дялът на лицата сред homo и бисексуалната общност.

Географското разпределение на регистрираните случаи на ХИВ показва, че голямата част от тях са концентрирани предимно в големите градове като София, Пловдив, Пазарджик, Варна и Бургас.

Туберкулоза

В България през последните години се наблюдава тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 26.6 на 100 000 през 2012 г. (приложения – фигура 7)

От публикувания през 2013 г. за Европа „Доклад за епидемиологичния надзор и мониторинг на туберкулозата в Европа – 2013 г.” от Европейският център за превенция и контрол на заболяванията и Регионалния офис на СЗО, се наблюдава с 4% по-ниска заболяемост от 2010 г., за 29-те страни от Европейския съюз (ЕС). През 2011 г. в 29-страни на ЕС са регистрирани 72 334 случаи с туберкулоза (14.2 на 100 000). Най-висока е заболяемостта (нови случаи и рецидиви) в страните с високо ниво на

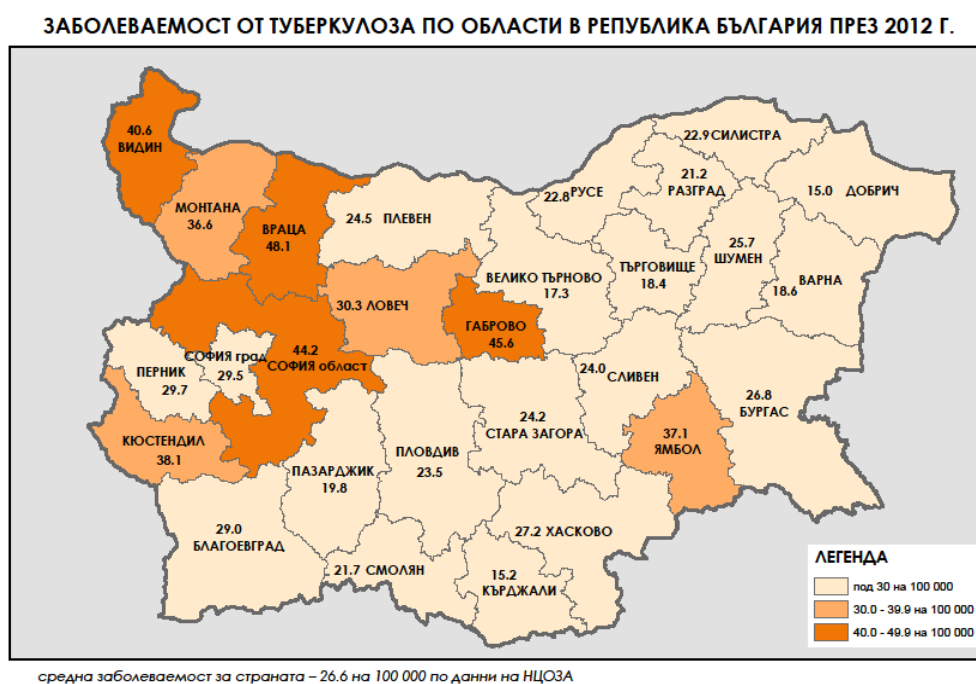
разпространение (над 20 на 100 000): Румъния (80), Литва (50), Латвия (38.8), България (29), Португалия (22.8), Естония (22.2 на 100 000).

През 2012 г. в България са регистрирани 2 280 пациенти с туберкулоза. В сравнение с 2011 г. (2 407 регистрирани случаи) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 5%. Тенденцията за намаляване на заболяемостта през последните четири години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

Запазва се високият относителен дял на пациентите с белодробна туберкулоза през последните няколко години. От регистрираните през 2012 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1 625 (71%), а останалите случаи са с извънбелодробни форми на туберкулоза.

Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболяемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболяемостта е около два пъти над средната за страната (фигура 10).

Фигура 10. Заболеваемост от туберкулоза по области в Република България през 2012 г.



Източник: НЦОЗА

Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1. През 2012 г. броят на регистрираните пациенти мъже е 1 528 или 67%, срещу 752 жени (33%). Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи - над 65 години (428 случая или 19%). 35-44 (382 случая или 17%) и 45-54 (395 или 17%).

Относителният дял на **новите болни** регистрирани през 2012 г. (1 966) представлява 86% от всички случаи. В сравнение с 2011 г. се наблюдава намаляване на относителния дял на новите случаи на туберкулоза с 4%. Относителният дял на

рецидивите през 2012 г. (142 или 6.2%) показва задържане в сравнение с 2011 г. (149 или 6.2%). При другите **случаи на повторно лечение** 172 (7.5%) се наблюдава намаляване на относителния дял с 0.5% в сравнение с 2011 г. (204 или 8.4%).

През 2012 г. регистрираните **нови болни с белодробна туберкулоза** са общо 1 359, от тях с положителен резултат микроскопско и/ или културелно изследване са общо – 947 (70%). Наблюдава се завишаване на относителния дял на потвърдените случаи с 5% в сравнение с 2011 г. (65%).

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза, през 2012 г. са 49 или 5.9%. От тях новите случаи без предшестващо лечение са 16 (2.3%), случаи с предшестващо лечение, са 33 (23.2%).

Наблюдава се намаляване на броя на случаите с MDR-TB в сравнение с 2011 г. Тя е сериозен здравен и социален проблем, защото води до по-дълго инвалидизиране на пациентите и е съпроводена с повишена смъртност, изисква сериозни финансови средства и продължително лечение с повече лекарства, които дават повече нежелани реакции.

През 2012 г. на 1 513 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ, което представлява 66% от общия брой регистрирани случаи на туберкулоза през годината. Открити са 5 ХИВ-позитивни пациенти. Разширяването на обхвата на пациентите с туберкулоза, на които е предоставено консултиране, се дължи на провежданите обучения по време на супервизиите от консултантите от КАБКИС в лечебните заведения за туберкулоза.

Злокачествени новообразувания

По данни на НЦОЗА, през 2012 г. нараства болестността, а намалява заболяемостта от **злокачествени новообразувания** спрямо предходната година. Показателите са съответно 3703.0‰⁰⁰⁰ и 432.4‰⁰⁰⁰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1286.9‰⁰⁰⁰) и рак на женските полови органи (1092.3‰⁰⁰⁰), а на заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (96.6‰⁰⁰⁰), рак на млечната жлеза при жените (95.2‰⁰⁰⁰) и рак на женските полови органи (80.1‰⁰⁰⁰). Заболяемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 488.78‰⁰⁰⁰ (приложения - таблица 11).

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболяемостта в областите Русе (535.1‰⁰⁰⁰), Плевен (513.7‰⁰⁰⁰) и Стара Загора (511.7‰⁰⁰⁰) и най-ниска - в Кюстендил (256.9‰⁰⁰⁰), София област (293.3‰⁰⁰⁰) и Перник (357.0‰⁰⁰⁰).

Хоспитализирана заболяемост

Статистическите данни за **хоспитализираната заболяемост** за периода 2005-2012 г.¹¹ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰⁰⁰⁰) до 2 040 666 (27 936.6‰⁰⁰⁰) общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г. Най-голям е броят на хоспитализираните в стационарите на лечебните заведения на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст (47969.2), следва групата на децата от 0 до 17 години (25373.1) и най-ниска е във възрастовата група 18-64 г. (22704.8) – 2 пъти по-ниска от тази над 65 години.

¹¹ НЦОЗА

Сред *причините за хоспитализация по класове болести* водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.4%), болестите на дихателната система (10.6%), и болестите на храносмилателната система (8.9%) които обуславят общо 33.9% от хоспитализациите (приложения - таблица 12).

Структурата на хоспитализираните по класове болести се различава съществено по възрастови групи. При лицата 0-17 години водещи са болестите на дихателната система (34.1%). При лицата от 18 до 64 г. водещи са 3 класа болести: фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (12.6%), бременност, раждане и послеродов период (11.9%) и болести на органите на кръвообращението (11.0%). При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (25.8%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (14.4%) и болести на храносмилателната система (9.3%), които общо обуславят близо от половината от хоспитализираната заболяемост в тази възрастова група.

2.1.11. Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане

По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА¹², базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК, броят на *лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст* през последните години намалява и през 2012 г. достига 62 047 души.

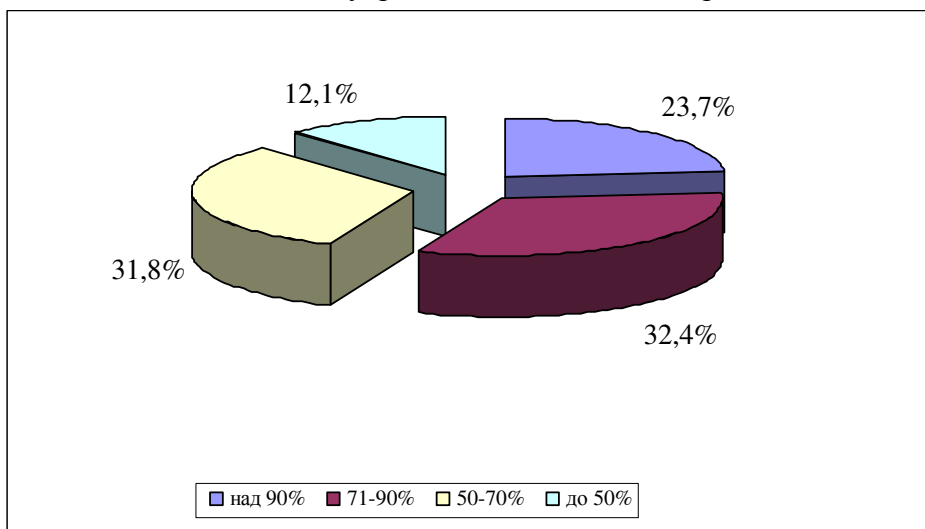
Съгласно промяна в Закона за здравето, влязла в сила от началото на 2005 г., трайно намалената работоспособност на лица, навършили 65 години, се определя пожизнено. След 2008 г. в динамика се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените лица с трайно намалена работоспособност, който достига през 2012г. 39738 лица (23.0% от всички освидетелствани и преосвидетелствани). Най-висок остава броят и дялът на лицата със срок на трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане 3 години (62 040, което обуславя 36.0% от лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане). Намаление се отчита при лицата с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане със срок 1 и 2 години.

В същото време следва да се отчете, че броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане е значителен – през 2012 г. е 172 555 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (37.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (36.1%) (приложения – таблица 13).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност 71-90% запазва нивото си от предходната година и е най-висок — 32.4% (фигура 11). Следват лицата с 50-70% трайно намалено работоспособност – 31.8% при 31.9% за 2011 г. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност (23.7%) и до 50% са 12.1%. Спрямо 2011 г. е увеличен само броят и дялът на лицата с трайно намалена работоспособност до 50% (съответно с 438 души и 6.2%).

¹² НЦОЗА. Инвалидност в Р.България през периода 2001-2010 г., София, 2010

Фигура 11. Структура на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 год. възраст по степен за 2012 г.

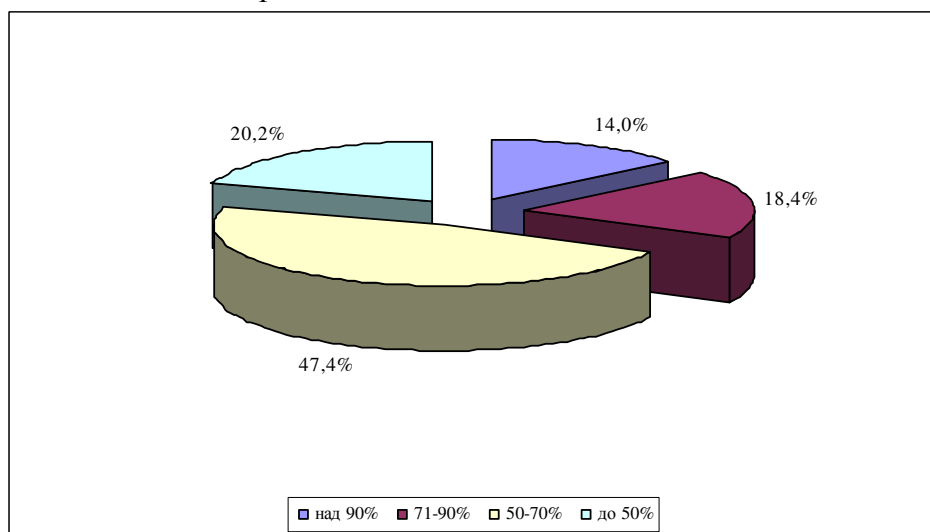


Източник: НЦОЗА

Най-честата причина за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 36.47% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (20.6%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (9.3%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.5%) и др. Тази структура, с много малки колебания се запазва през последните 10 години.

След 2008 г. се регистрира увеличаване на броя на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане, който през 2012 г. е 4 566 деца (при 4 797 за 2011 г.) или 4.4 на 1000 население до 16 години (4.6‰ за 2010 и 2011 г.). Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 164 (47.4%). Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (18.4%), с най-тежката степен над 90% са 14.0% (фигура 12).

Фигура 12. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16 год. възраст по тежест за 2012 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (26.43%), на нервната система (16.75%), психичните и поведенческите разстройства (15.17%) и вродените аномалии (15.56%) Тази структура се запазва през годините.

2.1.12. Оценка на здравето състояние на децата и учениците

Оценката на здравето състояние на децата и учениците е изготвена въз основа на данните от моментната болестност (всички регистрирани заболявания при профилактични прегледи), физическото развитие и дееспособност по данни на МЗ (от 28-те РЗИ в страната).

Здравно състояние на децата от 1-7 години

От 231 492 деца, посещаващи детско заведение, с профилактичен преглед са обхванати 213 688, т.е. 92.3%, което в сравнение с предходните години, показва повишаване обхвата на децата с профилактичен преглед.

Регистрирани са общо 18 600 заболявания (приложения – таблица 14). С отклонения в здравето състояние са 87 деца на 1000 прегледани. Очертава се тенденция за намаляване броя на децата със здравословни проблеми, в сравнение с 2011 и 2010 г. Водещо място в структурата на заболяванията при децата в тази възрастова група заемат болестите на дихателната система. Най-чести са хроничните заболявания на тонзилите и аденоидните вегетации (12.8‰), следвани от астма (11.4‰), която е водещо заболяване при децата от 3 до 7 години (11.9‰), с тенденция за увеличаване на случаите на заболявания през последните години. На трето място са очните аномалии (8.6‰), предимно при децата на възраст 3-7 години.

Болшинството деца (над 97%) са с нормално физическо развитие, тъй като основните показатели за физическо развитие (ръст и телесна маса) са в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст (приложение – таблици 15 и 16). През 2012 г. е намалял делът на децата с наднормено тегло с 0.2% (през 2011 г. – 2.1%).

Анализът на резултатите за физическата дееспособност на децата от 3 до 7 г. показват, че нормите са покрити от 175 848 деца – 88% при 86.4% за 2011 г.

Диспансеризираните деца през 2012 г. са 9 215 – 4.3% от общо 213 688 деца с проведен годишен профилактичен преглед. През 2011 г. диспансеризираните са 2.9%, т.е. има нарастване с 1.4%. С болести на дихателната система са 5 888 деца, т.е. 64% от всички диспансеризирани деца. Най-голям е броят на децата с астма - 2 483 деца (42 %).

На фона на установените положителни тенденции по отношение обхвата с профилактични прегледи и намаляване на заболяемостта, основен проблем във възрастовата група 1-7 г. през последните три години остава повишаването на случаите на заболявания на дихателната система при децата до 3 годишна възраст и случаите на деца с астма, като водещо заболяване във възрастта 3-7 години.

Здравно състояние на учениците (7-18 г.)

През 2012 г. с профилактичен преглед са обхванати 553 709 ученика (84% от всички подлежащи). Все още е нисък делът на преминалите профилактичен преглед ученици, но през 2012 г. е регистрирано увеличение с 2.9% в сравнение с 2011 г. (81.1%).

Регистрирани са общо 46 506 заболявания, т.е. 84 от 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравето състояние (приложения – таблица 17).

Затлъстяването се утвърждава като основен проблем в ученическата възраст. Със затлъстяване са 12 017 (21.7%) от учениците, за 2011 г. 22.2%. Регистрирано е леко намаляване случаите на затлъстяване. За популяризиране на здравословното хранене през 2012 г. от 28-те РЗИ са проведени 81 семинари, 11 курса и 31 масови прояви. Разпространени са 47 835 здравно-информационни материали. Издадени са 4 нови заглавия на тема, свързана с храненето, в тираж 15 000. За преодоляване на проблемите, свързани със затлъстяване, освен изграждането на здравословен модел на хранене, от голямо значение е повишаване на физическата активност на учениците за постигане на баланс между приетата храна и изразходваната енергия.

На второ място в структурата на заболяемостта са болестите на окото – смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение, установени при 8 612 ученика (15.6%), които се увеличават с всяка година с 0.2%. Проблемите със зрението на учениците се задълбочават поради неспазване на здравните изисквания и норми при работа и игра на компютър в домашни условия, както и продължителният престой пред телевизора.

Следва бронхиалната астма - 4 297 (7.8%) и заболяванията на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) - 2 941 (5.3%), за предходните години съответно (6.1% и 6.3%).

Проучвания на НЦОЗА установяват широко разпространение на постуралните нарушения и гръбначни деформации при над 60% от прегледаните над 1000 ученика от I-ви и II-ри клас в столицата през 2010 и 2011 г. В здравните картони на учениците в училищата не се отбелязват нарушенията на костно-мускулния апарат, което означава, че или личните лекари не провеждат изследване на децата и учениците за костно-мускулни нарушения, независимо че то е включено в задължителните прегледи за тази възрастова група, или родители и ученици не предоставят информацията до медицинските специалисти в училищата.

Над 95% от учениците са в норма или в разширената норма по отношение на основните антропометрични показатели. С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 11 416 (1.8% от учениците), а с много висок ръст са 16 915 ученика (2.7%), като не се наблюдават съществени различия по пол. (приложения – таблици 18 и 19).

Увеличава се броят на учениците с наднормено тегло и затлъстяване, които са общо 27 049 (4.2%). Делът на учениците със затлъстяване е най-висок при 7-14 годишните момчета.

С тегло под 2 стандартни отклонения от нормата са общо 11 347 (1.8%), като често се установява при момчетата, особено в горната училищна възраст (14-18 г.).

От предоставените данни от РЗИ за 646 486 ученици, които участват в часовете по физическо възпитание, 623 193 ученика (96.4%) са покрили нормите за физическа дееспособност (приложения – таблица 20).

Диспансеризираните ученици са 23 285, т.е. 4.2% от преминалите на профилактичен преглед 553 709 ученика, като резултатите са идентични през последните години. Най-голям е броят на учениците с болести на дихателната система 7 727 (33.2 %). С диагноза астма с преобладаващ алергичен компонент са 5 023 ученика (21.6%). Следват учениците с болести на окото – 4 281 (18.4%), през 2011 г. са били 3 582 (15.4%). С болести на нервната система са 3 164 (13.6%), като най голям е броят на учениците с епилепсия – 2 042 (8.8%)

За изминалата 2012/2013 учебна година броят на учениците, напълно освободени от часовете по физическо възпитание, е 11 757 ученика, т.е. 1.8% от учениците не играят физическо възпитание, поради здравословни проблеми. В някои

училища има организирани групи по лечебна физкултура, в които са включени общо 2 445 ученика.

2.1.13. Психично здраве

Броят на психично болните под наблюдение на психиатричните заведения намалява от 2060.8‰ през 2011 г. на 1981.7‰ през 2012 г. и това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, афективно разстройство и др. (по данни на НЦОЗА) (приложения - таблица 21). Реалният брой на психично болните вероятно е по-голям, предвид промените в нормативната уредба, които отмениха задължителния характер на регистриране и наблюдение на тези болни от психиатрични структури.

Проучвания на СЗО показват, че при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. У нас, по данни от проведено епидемиологично проучване на психичната болестност (ЕПИБУЛ)¹³ 19.5% от българската популация през даден етап от живота си е преживяла психично разстройство.

Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%) е най-засегната от него. Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства¹⁴.

Така наречените тежки психични разстройства включват шизофрения, тежка депресия, органични и други видове деменции, както и психични нарушения поради изоставане в развитието. Обединяващ критерий за тази група и основно за шизофренните разстройства са нарушенията на социалните функции на индивида, водещи до социална изолация и някаква степен на инвалидизация. Социалното и икономическото значение на тази група разстройства обаче е голямо поради ангажирането на значителен обществен ресурс. 21.6% от дните, загубени в неработоспособност у нас, са по причина на психично разстройство¹⁵.

През 2012 г. честотата на самоубийствата на 100 000 население в България е 11.9. Това поставя България сред държавите със средна честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 5.3‰ и е 3.5 пъти по-ниска от честотата при мъжете – 18.9‰. Общият брой на опити за самоубийства е 3005¹⁶. От тях 25.5% са били с фатален изход.

¹³ Световен консорциум за изследвания на психичното здраве, www.hcp.med.harvard.edu/wmh

¹⁴ Околийски М, Зарков З, Брошилов А, Хинков Хр, Наков В, Динолова Р, Димитров П, Томов Т. Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007): Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства „Българско списание за обществено здраве“ 2010; 2: 2-13

¹⁵ Хр. Хинков, М. Околийски, З. Зарков, В. Наков, Пл. Димитров, Т. Томов. Дни загубени в неработоспособност поради чести психични и соматични разстройства. "Българско списание за обществено здраве". София, Том IV, кн. 1 2012 г.: 40-52

¹⁶ Наков, Вл. Брошилов, А. Самоубийствата в България през 2010 г. "Рецептор", кн. I/2012г.: 25-30

2.2. Рискови фактори

2.2.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето)

Социално-икономическите, културните условия, условията на околната среда имат съществено въздействие върху индивидуалното здраве и съответно върху индивидуалните рискови фактори.

2.2.1.1. Доходи и разходи

В състояние на съществуваща финансово-икономическа криза по данни на НСИ реалните доходи на населението през 2012 г. нарастват спрямо 2011 г. от 9 629 лв. общ доход средно на домакинство на 10 752 лв. и средно на едно лице - съответно от 3 939 лв. на 4 541 лв., което е с 15.3% повече спрямо 2011 г. Докато реалните доходи на домакинствата отбелязват намаляване през 2011 г. в сравнение с 2010 г. с 0.5%, за 2012 г. се отбелязва лек ръст. Най-висок ръст на реалните доходи (с 37.5%) се наблюдава през 2011 г. спрямо 2001 г.

Като цяло се запазва регистрираната и в предходните години структура на доходите. Основната част от дохода на населението за 2012 г. (95.3%) е получена под формата на текущи приходи от работна заплата, пенсии, социални трансфери - социални помощи, детски надбавки, стипендии, обезщетения при безработни, както и приходи от предприемачество и продажба на имущество. Работната заплата формира над 50% от доходите на домакинствата - за 2012 г. е 52.7% при 51.8% за 2011 г. и 50.9% за 2010 г. и продължава да бъде най-значителният източник на приход. В номинално изражение доходът на домакинство от работна заплата през 2012 г. се увеличава и домакинствата са разполагали с 2 281 лв. при 1 960 лв. през 2011 г. или реално доходът от работна заплата се е увеличил с 16.4%. Вторият източник на доходи са пенсиите, които през 2012 г. формират 26.7% от приходите. Следва да се отбележи, че относителният дял на доходите от този източник е намалял с 3.4% в сравнение с предходната година. Доходите на домакинствата от предприемачество и собственост в България остават традиционно ниски, но бележат увеличение след 2010 г. от 5.29% на 7.1% през 2011 г. и 7.3% през 2012 г. Тези данни сочат, че населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст.

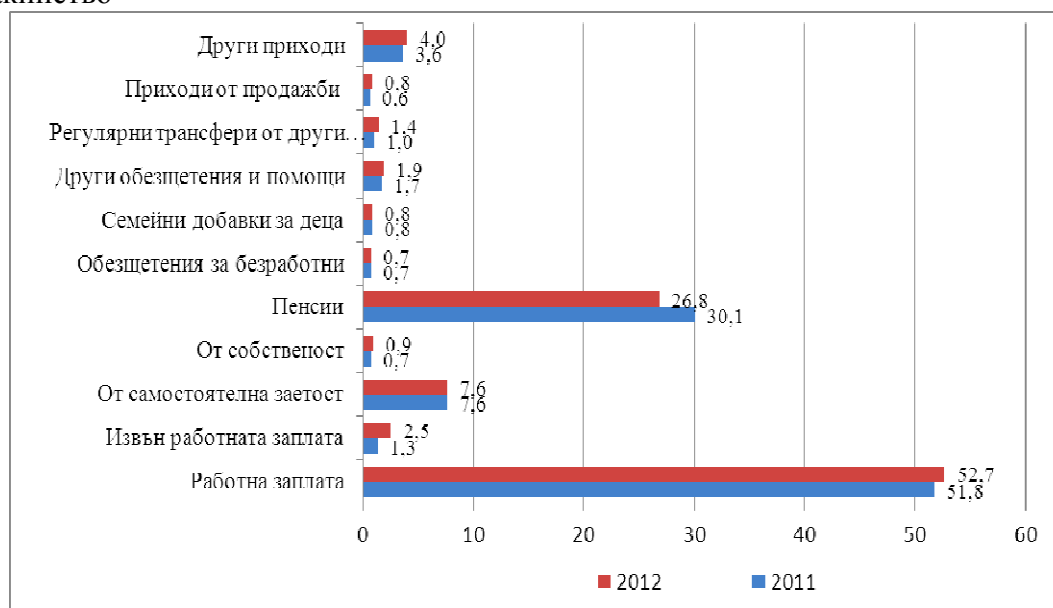
Общият доход на домакинствата през трето тримесечие на 2012 г. (2 632.57 лв.) нараства номинално с 10.1% спрямо третото тримесечие на 2011 г., реално общият доход на домакинствата нараства с 5.9% на годишна база.

Социалните трансфери (пенсии, семейни добавки за деца, социални помощи, стипендии и обезщетение при безработица и др.) формират 30.1% от общия годишен доход на лице от домакинство през 2012 г., докато през 2011 г. е 33.3%, а през 2010 г. е 34.2%.

Структурата на доходите показва, че населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст¹⁷. (фигура 13)

¹⁷ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

Фигура 13. Относителен дял на източниците на доход от общия доход на лице от домакинство



Източник: Национален статистически институт

Важен показател за социално равенство е еднаквостта в заплащането на двата пола. По данни на НСИ през 2011 г. (последната година, за която НСИ публикува данни) разликата в средногодишната заплата на наетите лица по трудово и служебно правоотношение по пол е 1 769 лв. и е нараснала с 9.4% спрямо 2010 г.

Разходите на българските домакинства по данни на Евростат и НСИ растат малко по-бързо от приходите през второто тримесечие на 2012 г.

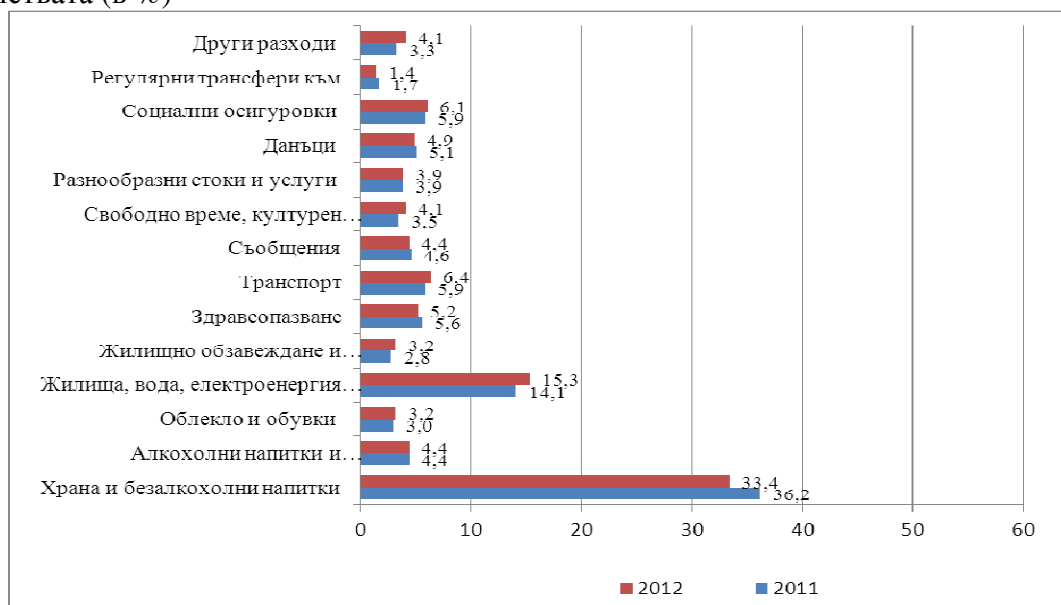
През 2012 г. българските домакинства са изразходвали 4 058 лв. средно на лице, което е с 16.1% повече от 2011 г. Основната част (83.5%) традиционно са похарчени за задоволяване на потребностите, а 15.8% - за плащане на данъци и други разходи (регулярни и еднократни трансфери към други домакинства, основен ремонт на жилище и други). За храна са изразходвани 1 355 лв. средно на лице от домакинството.

По данни на НСИ продължава да намалява делът на разходите за храна – от 37.8% през 1999 г. на 37.2% през 2010 г. През 2011 г. са отчетени 36.2%, а за 2012 г. - 33.4%. Въпреки това, той се запазва относително висок в сравнение с другите европейски страни. Запазва се делът на разходите за данъци (5%) при 5.2% за предходната 2011 г., което се отдава на запазване нивото на данъчното облагане. Разходите, свързани с образованието, свободното време и културния отдых, нарастват от 3.5% през 2011 г. на 4.1% от всички разходи през 2012 г. Домакинствата са заплатили повече за жилища, вода, електроенергия и горива (поради увеличение на цените на тока и водата) – от 14.1% през 2011 г. на 15.3% през 2012 г.

Относителен дял на разходите за жилищно обзавеждане са 3-4%. Разходите за алкохолни напитки са и тютюневи изделия са по-високи – 4-5%. Делът на разходите за облекло и обувки достига 3.2% през 2012 г.

Общият разход на домакинствата през 2011 г. се запазва и през 2012 г., като в номинално изражение се увеличава с 6.6% спрямо 2010 г. Относителният дял на потребителския разход от общите разходи на домакинствата през 2012 г. е 83.5% при 84.0% за 2011 г. и 85.7% за 2010 г. (фигура 14).

Фигура 14. Относителен дял на отделните групи разходи от общия разход на домакинствата (в %)



Източник: Национален статистически институт

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Така през 1999 г. те са разходвали 3.2% за здравеопазване, през 2000 г. - 3.6%, през 2010 г. - 5.5%, докато през 2011 г. са достигнали 5.6%, а през 2012 г. – 5.2%. Средният разход за здравеопазване за едно българско домакинство през 2012 г. е 501 лв. при 479 лв. за 2011 г., а средният разход за едно лице през 2012 г. възлиза на 212 лв. при 196 лв. за предходната година (фигура 15).

Фигура 15. Среден разход на домакинствата и на едно лице за здравеопазване за периода 2000 - 2012 г.



Източник: Национален статистически институт

2.2.1.2. Бедност

През 2012 г. е увеличена линията на бедност в размер на 236 лв. Въпреки повишения размер на минималната работна заплата (МРЗ), нетният ѝ размер остава под официалната линия на бедност - през 2012 г. нетният размер на МРЗ е 222.08 лв., спрямо повишения размер на линията на бедност. Това означава, че минималната работна заплата не може да изпълнява своята защитна функция и не може да покрива минимално необходимите средства за издръжка на нискоквалифицирана и ниско платена работна сила.

България е сред държавите-членки на ЕС, в които рискът от бедност за населението е над средното равнище за ЕС. Равнището на бедност в България е 21.8% или бедни са били около 1 657 000 лица. Основният риск за изпадане в бедност на преобладаващата част от домакинствата в България се определя от тяхната икономическа активност и участието на пазара на труда. Социално-икономическите условия оказват съществено въздействие върху здравето. Често поради бедност лицата се изключват и маргинализират от участие в дейности (икономически, социални и културни), които за други хора са нещо нормално. По възрастови групи рискът от бедност е най-висок за децата до 18-годишна възраст и за населението в над трудоспособна възраст. Според икономическия статус, рискът от бедност е най-голям за безработните (52.2%), пенсионерите (36.5%) и останалите икономически неактивни лица (24%). Работещи бедни са 7.4% от заетите, което неминуемо се отразява на равнището на бедност сред децата.

Европейската комисия е поставила намаляването на бедността в центъра на своята програма в областта на икономиката, заетостта и социалните въпроси в стратегията „Европа 2020“, особено в условия на икономическа криза и мерки за бюджетна дисциплина. Бедността и борбата с бедността и социалното изключване и подобряване на условията на живот е актуален проблем не само за България, но за света, Европа и ЕС. Сред различните инициативи в тази посока е и решението на ЕК от преди няколко години, с което 2010 г. е обявена като година за борба с бедността в ЕС и Европа като цяло

По данни на КНСБ за 2012 г. под прага на бедност са 27% от населението у нас.

За 2012 г. се наблюдават следните тенденции:

Под границата на бедност остават около 23% от домакинствата в страната (с общ доход на 1 лице до 214 лв.). С общ доход на 1 лице от домакинството до 290 лв. са около 50% от домакинствата в страната. Домакинствата с общ доход на 1 лице над издръжката на живот са около 16.1%, като спрямо м. декември 2011 г. нарастването с 3.3 процентни пункта.

Gini коефициентът, показващ неравенството в разпределението на доходите на домакинствата, по данни на НСИ, се запазва на почти едно и също ниво - 35.1 (2010 г.) при 33.2 (2009 г.). За последните години 5-7 години индексът на Gini е нараснал едва от 0.30 до 0.45, което показва, че нараства делът на по-бедните лица и съответното осредняване на българите в по-голям процент се отлага за някакво по-далечно и неопределено бъдеще. Отношението между доходите на най-бедните и най-богатите домакинствата е 6.5.

Комбинираният индикатор за населението в риск от бедност или социално изключване, включващ три показателя (риск от бедност, нисък интензитет на икономическа активност и материални лишения), също запазва нивото си – 49.1% за 2010 г. при 49.2% за 2009 г. (актуални данни на НСИ).

2.2.1.3. Безработица

През 2012 г. световната криза продължава да се отразява негативно на пазара на труда в страната. През февруари 2012 г. регистрираната безработица е повишена с 0.5 процентни пункта спрямо същия период на 2011 г. и достига 11.5%. Наблюдава се сезонно оживление на пазара на труда, като се отбелязва лек прираст от 1 процентен пункт. По данни на Евростат продължително безработните (от една и повече години) са 55.2% от всички безработни лица.

Според икономическия статус, рискът от бедност е най-висок за безработните - 52.2%, пенсионерите – 28.3% и останалите икономически неактивни лица - 27.8% . Работещи бедни са 8.2% от заетите, което се отразява на равнището на бедност и сред децата. Процентът на лицата, живеещи в домакинства с безработни или в домакинство с нисък интензитет на икономическа активност е 11%.

Неблагоприятните икономически условия оказват сериозно влияние върху броя на безработните над 15 години. По данни на НСИ през 2011 г. той е 376.2 хил. и нараства до 410.3 хил. през 2012 г. Коефициентът на безработица също се увеличава от 10.2% през 2010 г. на 11.3% през 2011 г. и 12.3% през 2012 г., като при мъжете е по-висок – 13.5% в сравнение с жените - 10.8% (2012 г.). Най-висок е коефициентът на безработица във възрастовата група 15-24 г. (28.1%), следва тази 25-34 г. (13.8%) и в останалите възрастови групи е приблизително еднаква (по 10%) или без работа в активна трудова възраст са по-често мъжете и лица от двата пола във възрастовите групи 15-24 и 25-34 години. През 2012 г. продължава започналата през 2009 г. тенденция на намаление на работната сила и нарастване на лицата извън работната сила на възраст от 15 до 64 г.

Основните политики в областта на труда и социалното дело са насочени към продължително безработните лица до 29 и над 50 годишна възраст, към безработните с намалена работоспособност, с нисък образователен ценз, без специалност и професия. Броят на безработните младежи до 29-годишна възраст също се е увеличил, като коефициентът на безработица при тях достига 20.8%.

Съществен проблем са продължително безработните или т.нар. „обезкуражени лица”, които за 2009 г. са 184.2 хил. души на възраст 15-64 години, а през 2012 г. достигат 225.6 хил. Продължителната безработица обезсърчава лицата, останали за дълъг период без работа и намалява цялостната икономическа активност на населението. Продължително безработните през миналата година са били 55.2% от всички безработни лица, което показва задълбочаване на проблема със структурната безработица у нас. Отчита се и намаление на обезкуражените лица, които не търсят работа, защото считат, че няма да намерят такава. Докато за 2011 г. те са били общо 235.2 хиляди души, през 2012 г. са 227.7 хил. души. Това се е отразило на данните за икономически активното население, което работи или има желание да работи и е в процес на търсене на работа.

Заетите лица и през 2012 г. са продължили да намаляват от 2.965 млн. души до 2.934 млн. души. По данни на НСИ икономически активните лица на възраст 15-64 години са близо 3.3 млн. или 67.1% от населението на същата възраст. В сравнение с 2011 г. коефициентът на икономическа активност (15-64 г.) нараства с 1.2 процентни пункта. Общият брой на заетите лица достигна 2.93 млн. или 46.6% от населението на 15 и повече навършени години. Заетите лица на възраст 15-64 навършени години са 2.89 млн. Коефициентът на заетост за населението в същата възрастова група е 58.8%, съответно 61.3% за мъжете и 56.3% за жените. Коефициентът на заетост на населението на възраст 20-64 години е 63.0% като остава почти непроменен в сравнение с 2011 г. - 65.8% за мъжете и 60.2% за жените. Коефициентът на заетост за възрастовата група 55-64 навършени години достига 45.7% или с 1.1 процентни

пункта повече от 2011 г., като увеличението се дължи основно на жените. Коефициентът на безработица за възрастовите групи 15-24 години е 28.1%, а за възрастовата група 15-29 години е 20.8%.

Икономическата криза се отразява върху заетостта в групите от най-образованите безработни лица, поради което проследяването на тяхната динамика през последните три години и половина е от особен интерес. Запазват се наблюдаваните през последните години значителни териториални различия в равнището на безработица. Картографирането на бедността в страната очертава драстични различия в териториален план.

Въпреки подобряването на текущите показатели на пазара на труда, като повишаване на заетостта и намаляване на безработицата, то не води до качествена промяна, свързана с дългосрочната конкурентоспособност в тази област. Качеството на човешкия капитал, измерено чрез качеството на образованието, остава ниско, като същевременно на пазара на труда търсенето на висококвалифицирани специалисти остава високо.

2.2.1.4. Образование

В Държавния бюджет за 2012 г. по функция “Образование” са планирани 2.747 млрд. лв., което представлява 3.4% от БВП или 9.5% общо от разходите. Ръстът в разходите за образование спрямо 2011 г. е в размер на 171.2 млн. лв., от които по националния бюджет – 76.9 млн.лв. и 94.3 млн.лв. – средства по европейските фондове.

По данни на НСИ за учебната 2012/2013 година в детските градини са записани 235 хил. деца, като е регистрирано увеличение от 3.1% в сравнение с предходната година. През 2012 г. завършилите средно образование в общообразователните и професионални училища са съответно 30.3 и 29.4 хил. ученици.

По данни на НСИ за 2012 г., нетният коефициент на записване в началното образование е 95.4%. 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. Посещаемостта на учебните заведения също е свързана както с доходите в семейството, така и с отдалечеността на училището от населеното място на детето.

Броят на записаните в различните степени на висшето образование за 2012/2013 г. остава без съществена промяна в сравнение с предходната учебна година. Наблюдава се спад в броя на студентите в колежаите за придобиване на степен „професионален бакалавър” и в частните университети. Значително се увеличава броят на докторантите, като към 31.12.2012 г. в образователната и научната степен доктор се обучават 5 371 лица или с 14.2% повече в сравнение с предходната учебна година. Проследявайки динамиката на записаните учащи по степени на образование за 2011 г. и 2012 г., се наблюдава увеличен брой записали се в предучилищно, начално и прогимназиално образование. Броят на учащите в средното образование е намалял през 2012 г. – 273 498 (за 2011 г. – 282 512). Наблюдава тенденция на лек спад за последните 4-5 години на предпочелите да получат висше образование у нас (приложения – фигура 8).

След последното преброяване на населението от 2011 г. за пръв път НСИ отчита показател „никога не посещавали училище”, чието ниво е 1.2% от населението над 7 години – около 81 хил. души, които никога не са ходили на училище. По данни на Националната програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006-2015 г.) се отчита, че 1.5% от населението на 9 и повече години е неграмотно – над 112 хил. души.

В България за учебната 2011/2012 г. от подлежащи на задължителна предучилищна подготовка 65 367 деца са обхванати 37 688 или 58%.

2.2.2. Рискови фактори, свързани с околната среда

2.2.2.1. Атмосферен въздух

През 2012 г. на територията на 10 населени места регионалните здравни инспекции (РЗИ) поддържат 17 стационарни пункта за мониторинг, в които качеството на атмосферния въздух се контролира по показателите: общ суспендиран прах, фини прахови частици, олово (аерозол), фенол, серен диоксид, азотен диоксид, сероводород и други. Изследвани са общо 3 073 броя проби за аерозоли на прах и тежки метали (11 393 броя проби за 2011 г.) и 44 273 броя проби за газове (47 514 броя проби за 2011 г.). Пробите с отклонения, превишаващи регламентираниите съгласно нормативните документи допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са съответно: 403 броя, което представлява 13.11% от всички проби за прахови аерозоли (7.74% за 2011 г.) и 517 броя за газообразните замърсители, което представлява 1.16% (0.47% за 2011 г.) (приложения - таблица 22).

2.2.2.2. Питейни води

Съгласно действащото законодателство водоснабдителните дружества носят пълна отговорност за качеството и количеството на доставяната за населението питейна вода и за извършване на мониторинг по показателите за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели. Органите на държавния здравен контрол проверяват съответствието на качеството на подаваната за населението питейна вода с изискванията по заложените в наредба показатели. Регионалните здравни инспекции (РЗИ) и водоснабдителните организации разработват и изпълняват програми за мониторинг на питейната вода, като РЗИ изпълняват мониторинг в размер не по-малък от 50% от пълния обем мониторинг, извършван от водоснабдителните дружества.

През 2012 г. 28-те РЗИ и НЦРРЗ са осъществявали мониторинг по химични, микробиологични и радиологични показатели за качество на доставяната за населението питейна вода чрез централизираните водоснабдителни мрежи на населени места в 8 805 пункта в страната, разположени във всичките обособени зони на водоснабдяване. За питейно-битово водоснабдяване се използват около 6 300 водоизточници за питейно-битово водоснабдяване, от които преобладаваща част са подземни (96.1%).

От РЗИ в рамките на държавния здравен контрол са анализирани общо 19 489 проби, от които 16 736 проби са изследвани по показатели за постоянен мониторинг (който се извършва по-често, но обхваща ограничен брой показатели) и 2 753 проби са анализирани по показатели за периодичен мониторинг (който се извършва по-рядко, но обхваща всички показатели, които нормативно е определено да се анализират в питейната вода). От изследваните проби за постоянен мониторинг 9.5% са показали несъответствие с изискванията, а за пробите по периодичния мониторинг – 16.8%, (съответно 8.9% и 14.9% за 2011 г.).

В рамките на посочените по-горе проби са извършени 239 334 анализа по отделните физико-химични показатели и 45 666 анализа по микробиологични показатели.

Процентът на несъответствие по **микробиологични показатели** общо за страната е 3.8% (при 2.9% за 2011 г. и 4.4% за 2010 г.).

Като цяло отклоненията по този вид показатели са сравнително широко разпространени, но са по-характерни за малките зони на водоснабдяване, които нямат пречистване и водата се подава във водоснабдителната система директно, само след обеззаразяване. Основните причини за това несъответствие са: неефективна и непостоянна дезинфекция на водата поради липса на подходяща апаратура за правилно и постоянно дозиране на обеззаразяващите реагенти. Все още в страната има немалко населени места, водата на които се обеззаразява по примитивен начин – ръчно, с хлорна вар. Други причини, които влияят неблагоприятно върху микробиологичните качества на питейната вода са неподходяща технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение на съоръженията за дезинфекция или недостатъчен брой на същите, липса на пречистване на водата, чести аварии на остарялата и износена ВиК мрежа, субективни грешки поради слаба квалификация или недобросъвестно изпълнение на служебните задължения на служители на ВиК операторите.

По физико-химични показатели процентът на несъответствие е 2.1 при 1.0% за 2011 г. Трайни отклонения в химичния състав на питейните води са регистрирани по показатели: нитрати, флуор, хром и манган.

Най-масово, в най-голям брой зони на водоснабдяване са регистрирани наднормени количества **нитрати** (>50 мг/л), които са многогодишен проблем за питейното водоснабдяване в районите с интензивно земеделие. Проблемът се регистрира в по-голямата част от областите в страната, като най-засегнати са областите Стара Загора Хасково, Търговище, Добрич, Плевен, Шумен, Варна, Велико Търново, Разград, Русе, Ямбол, Бургас,. В преобладаващите случаи отклоненията са до два пъти над допустимата норма.

През 2012 г. в София – град и областите Видин, Перник, Кърджали, Кюстендил и Смолян изследванията на РЗИ не са констатирани проби води с повишено съдържание на нитрати, а в областите Смолян и Софийска област има единични такива. Основните причини за това несъответствие са: неправилно използване на азотни минерални торове в разрез с добрите земеделски практики, неспазване на изискванията по отношение събирането, съхраняването и обезвреждането на торовия отпадък в животновъдството, липса на канализация и съоръжения за пречистване на фекално-битовите води в по-малките населени места, липса на санитарно-охранителни зони около водоизточниците, или неспазване на режима на ограничения и забрани в тях. Проблемът е трудно решим, тъй като нитратите са трайно присъстващо неорганично съединение във водата (крайна фаза на разграждане на органичната материя) и няма разработени достъпни и масово приложими в практиката методи за отстраняването им от големи количества вода.

В някои региони на страната (област Плевен и Монтана) съществуват трайни отклонения в съдържанието на **хром** в подземни питейни води. Завишеното съдържание на хром в питейните водоизточници няма антропогенен произход, а се дължи на геогенно набогатяване на подземните води, свързано със специфичност на земната кора в Дунавската равнина и упоменатите региони. Най-често концентрацията на хром е в диапазона 0.05-0.1 мг/л, т.е. превишението е до два пъти над допустимата норма и се регистрира в ограничен брой малки зони на водоснабдяване.

През 2012 г. продължават да функционират малки водоснабдителни системи с наднормени концентрации на **флуор** в питейната вода (в области Благоевград, Бургас, Хасково и Ямбол). Касае се за природно обусловено повишено съдържание на флуориди в подземни води, най-често ситуирани в близост до минерални водоизточници. Концентрациите са сравнително не големи – превишение с около 2 пъти над нормата от 1.5 мг/л. Здравните последици са свързани с опасност от

консумация на водата от малки деца и вероятността да развият зъбна флуороза в подрастваща възраст.

Проблемът с отклонения по показателя **манган** няма пряка здравна значимост, дори и при превишаване на нормата до определена степен, но е много важен за консуматора, тъй като този показател променя силно цвета и мътността на водата. Проблемът има предимно регионален характер – населени места преди всичко в области Хасково, Стара Загора, Габрово, Велико Търново, Сливен и др. и се дължи на естествени природни фактори. В някои населени места в Хасковска област се отчитат значителни превишения на допустимата концентрация на манган, което прави водата в тези зони негодна за пиене и използване в домакинството. Към настоящия момент проблемът остава нерешен, което трябва да стане с изграждане на пречиствателни (обезманганителни) станции и подмяна на довеждащите водопроводи и водопроводната мрежа в населените места.

Остава нерешен и проблемът с констатираните отклонения по показател **арсен** в зона на водоснабдяване Меричлери, област Хасково, където е въведена забрана за ползване на водата за пиене и приготвяне на храна.

В зони на водоснабдяване със стара и износена водопроводна система и получаващи вода от повърхностни водоизточници, без същата да преминава през процес на пречистване, а само на обеззаразяване се регистрират отклонения и по **органолептични показатели** – цвят, мътност, вкус, особено в периоди на обилни дъждове или бързо снеготопене. Макар проблемът да няма пряка здравна значимост, той е от голяма важност за хората, тъй като по тези параметри те оценяват “субективно” качеството на водата.

Трябва да се отбележи, че все още при провеждане на периодичния мониторинг в част от зоните на водоснабдяване не се спазват в пълна степен изискванията за честота и обхват на мониторинг, главна причина за което са силно ограничените аналитични възможности на лабораториите на водоснабдителните организации и отчасти на РЗИ.

2.2.2.3. Почви и отпадъци

За 2012 г. няма данни за дифузни замърсявания на почвите в страната с тежки метали и устойчиви органични замърсители. Като цяло, почвите са били в добро екологично състояние, без риск за здравето при ползване на обработваеми площи според тяхното предназначение.

Основен санитарен ограничител за увеличаване оползотворяването на утайки от пречиствателни станции в земеделието остава наднорменото им съдържание на микроорганизми. Проучване на НЦОЗА от 2012 г. доказва, че общият дял на изследваните утайки, които са безопасни за директно приложение в земеделието по всички нормирани показатели (тежки метали, устойчиви органични замърсители и микробиологични показатели), е относително малък – 36.4%. От утайките, които не са годни за оползотворяване в земеделието, най-много са тези, които не изпълняват санитарно-микробиологичните изисквания, най-вече по отношение наднормено съдържание на *E. Coli* и *Cl. Perfringens*.

2.2.2.4. Води за къпане

В съответствие със задълженията си на компетентен орган по прилагане на европейското законодателство в тази област, Министерство на здравеопазването чрез своите териториални органи – Регионалните здравни инспекции, извършва регулярен контрол и мониторинг (най-малко два пъти месечно през сезона за къпане) на качеството на водите за къпане.

По Черноморското крайбрежие зоните за къпане са 89 на брой, а общо за страната са 93. Във всяка от тях има пункт за взимане на проби, с точно определени географски координати, включени в Информационната система по водите на Европейския съюз (WISE). През сезона за къпане се извършва взимане на проби и анализ на водите най-малко веднъж на две седмици от всяка една зона за къпане.

Резултатите от провеждания мониторинг за всяка зона на къпане се обобщават след края на съответния сезон на базата на всички проведени изследвания в зоната за къпане по два микробиологични показателя – чревни ентерококи и Ешерихия коли.

Според получените резултати за всеки сезон като цяло, водите за къпане се класифицират в следните категории:

- съответстващи на по-строгите препоръчителни изисквания;
- съответстващи на задължителните изисквания, но несъответстващи на препоръчителните изисквания;
- несъответстващи на задължителните изисквания;
- зони забранени за къпане (временно или постоянно) през сезона за къпане.

Проведеният през сезон за къпане 2012 г. мониторинг на качеството на водите за къпане показва, че:

- Във всички зони е проведен необходимия по обем и честота мониторинг.
- От 89 зони за къпане, разположени по Черноморското крайбрежие 88 отговарят на задължителните изисквания (при 86 за 2011 г.), а 55 отговарят и на по-строгите препоръчителни изисквания (при 45 за 2011 г.).
- От четирите зони за къпане, разположени във вътрешността на страната, всичките отговарят на препоръчителните изисквания (за 2011 г. само една от зоните е отговаряла на тези изисквания).
- Като цяло за страната процентът на зоните, несъответстващи на задължителните изисквания, е 1.1 при среден за Европейския съюз 1.9.
- Процентът на зоните, съответстващи на по-строгите препоръчителни изисквания е 63.4 и е по-нисък от средния за Европейския съюз – 78.3.
- Най-сериозни проблеми по отношение качеството на водите за къпане и през сезон 2012 г. продължават да се регистрират в зона за къпане „Златни пясъци” - Панорама под пречиствателна станция за отпадъчни води”, която не съответства на задължителните изисквания и в района на гр. Варна (където и четирите зони за къпане не съответстват на препоръчителните изисквания, като при това през сезона се регистрират голям брой проби с отклонения от тези изисквания), както и в района на гр. Черноморец, област Бургас.

Основните причини, които влошават качеството на водите за къпане по Черноморското крайбрежие, са недостатъчният брой и капацитет и недобрата поддръжка на станциите и съоръжения за пречистване на отпадъчни води (при засиленото в последните години строителство), нерегламентирани зауствания и изпускания на непречистени отпадъчни води, вкл. и от заведения, разположени на или в близост до плажовете, нерегламентирано заустване на отпадъчни води в дъждовни канализации, изливащи се в близост до зоните за къпане и др.

През последните години са предприети мерки от компетентните органи - Министерство на околната среда и водите, Басейнова дирекция за управление на водите - Черноморски район и Министерство на регионалното развитие за изграждане на нови и реконструкция на съществуващи пречиствателни станции за отпадъчни води за агломерациите по черноморското крайбрежие с над 2000 еквивалент жители, част от които вече са изпълнени, но все още за големи населени места и курортни комплекси като Златни пясъци, Слънчев бряг-Равда-Несебър, Созопол и др. необходимите мерки все още са в начален етап на изпълнение. Остава нерешен въпросът и със замърсяване

на водите за къпане в района на гр. Варна от вливането на замърсени дъждовни води от т.нар. «Шокеров канал» поради нерегламентирано включване на битови отпадъчни води в него.

Актуална информация по време на сезона за къпане за качеството на водите за къпане се публикуват на интернет-страниците на Регионалните здравни инспекции - Бургас, Варна, Добрич, Кърджали и Разград. На същите са публикувани и т.нар. „профили на водите за къпане”, в които се съдържа по-подробна информация за всяка зона за къпане по отношение нейното местоположение физико-географски и климатични характеристики, вероятни и установени източници на замърсяване, мерки, които се предприемат при установени несъответствия и за подобряване на качеството на водите за къпане и т.н.

2.2.2.5. Шум

Шумът в околната среда представлява значителен екологичен риск. Излагането на населението в Европа на въздействие на шум се увеличава, в сравнение с други стресови фактори на средата.

Определянето на състоянието на шумовото натоварване в урбанизираните територии на Република България се осъществява чрез Национална система за мониторинг на шума в околната среда, която обхваща всички агломерации и преминаващите през тях участъци от основните пътища, основните железопътни линии и основните летища, както и промишлените източници на шум.

През 2012 г., в рамките на националната система за мониторинг на шум, РЗИ са провели измервания на градския шум в общо 726 пункта. Програмите за мониторинг на шума в урбанизираните територии се изготвят от съответната РЗИ, на чиято територия се намират.

Данните отразяват шумовите нива във всички областни градове и в девет общини: Ботевград, Самоков и Своге от Софийска област, Горна Оряховица и Свищов от област Велико Търново; Дупница от област Кюстендил, Казанлък от област Ст. Загора, Попово и Омуртаг от област Търговище (приложения – фигура 9).

Най-силно влияние върху акустичната обстановка в градовете оказва шумът, създаван от транспортните средства, включително железопътен и въздушен трафик (80-85% от общото шумово натоварване). Допълнителен принос към общия звуков фон придават обектите с промишлена дейност, както и съоръжения, използвани на открито, а така също и човешката дейност.

Извършените измервания показват, че допустимите шумови нива са превишени в 501 броя от контролните пунктове в страната, което представлява 69% от общия брой контролирани зони. Относителният дял на пунктовете с превишени нива намалява в сравнение с 2011 г. (72%).

Случаите на установени най-ниски шумови нива – под 58 dB(A) са се увеличили с 2% в сравнение с 2011 г. За седемгодишен период не се регистрира изразена тенденция за диапазони 58-62 dB(A) и 63-67 dB(A), като нивата на шума в диапазона 63-67 dB(A) през 2012 г. запазват водещата позиция. Запазва се тенденцията през годините да намалява броят на пунктовете с измерени нива в рамките на интервала 68-72 dB(A). За 2012 г. те са намалели с 24 броя. В диапазона 73-77 dB(A) се наблюдава много слабо повишение с три пункта в сравнение с 2011 година. През 2012 г. отново липсват високите стойности на шумови нива от диапазона 78-82 dB(A) и над 82 dB(A). Неблагоприятно е продължаващото задържане на високите шумови нива от диапазона 63-67 dB(A) (32.78%) (приложения – таблица 23).

През 2012 г. се забелязва незначително подобрене на акустичната обстановка. Намалял е броят на пунктовете с наднормена експозиция в градовете София, Варна,

Враца, Плевен, Попово, Смолян. При част от пунктовете се касае за добри градоустройствени решения, например гр. Попово, при който трафикът на едно от основните пътни трасета София-Варна е изнесен от града по околновръстен път. В други градове се изтъква социално-икономическата обстановка, свързана с намаления поток от тежкотоварни автомобили, като фактор за снижаването на нивата на шума.

В гр. София пускането в експлоатация на втория лъч на метрото и прилежащите към него паркинги, както и промяната на режима за паркиране в централната част на града (синя и зелена зона), са довели до намаляване на транспортния поток като цяло, което е довело до намаляване на шумовите нива.

2.2.2.6. Здравен контрол на козметичните продукти

През 2012 г. по линия на систематичния здравен контрол, инспекторите от РЗИ са извършили 17 394 проверки в 9 285 обекта за производство, съхраняване и търговия с козметични продукти.

Проведени са 2 677 изследвания на козметични продукти по микробиологични показатели и 2 727 по химични показатели.

В рамките на Европейската система за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара RAPEX са извършени 9 979 проверки за наличие на нотифицирани по системата козметични продукти.

През 2012 г. са издадени 25 броя здравни сертификати на български производители за износ на козметични продукти.

2.2.2.7. Генетично модифицирани организми в храни

През 2012 в Р. България не е регистриран нерегламентиран внос на ориз и оризови продукти с произход от Китай, за които да се предприемат уведомителни действия посредством Система за бързо известяване за храни и фуражи (RASFF).

По отношение на разрешените ГМО въз основа на информация от Българска агенция по безопасност на храните, не са установени проби в храни със съдържание на ГМО над нормата от 0.9%, която налага етикетирание и действия от страна на компетентните органи (МЗ, МЗХ) в съответствие със Закона за храните и подзаконовите нормативни актове.

Във връзка с оценката на здравния риск от ГМО се извършва мониторинг на евентуални неблагоприятни ефекти върху здравето на потребителите от употреба на генетично модифицирани храни и хранителни съставки. Няма научно обосновани данни за отрицателни въздействия. Повишената обществена чувствителност към генетично модифицирани организми в храни, липсата на достатъчно данни за отдалечени ефекти и недостатъчна информация относно ГМО налага извършване на мероприятия, касаещи комуникацията на риска. Това включва компетентно информиране, насочено както към населението, така и към производителите и търговците по отношение на оценката на риска на ГМО.

2.2.2.8. Нейонизиращи лъчения

През 2012 г. е приета нова европейска Директива за защита на работещите от въздействието на електромагнитните полета, която трябва да бъде транспонирана в националното законодателство до 1 юли 2016 г.

Измерванията на ЕМП през 2012 г., извършени от НЦОЗА, обхващат 245 броя базови станции за мобилна комуникация; 8 слънцезащитни кремове и продукти; 35 броя измервания на ЕМП излъчвани от други източници. Експертните оценки на източници на нейонизиращи лъчения възлизат на 958 базови станции, 266 радио и ТВ станции, 25 по инвестиционни проекти. През годината продължи прилагането на

програма за комуникация на риска от облъчване на населението с ЕМП, живеещо в близост до телекомуникационни източници. Проучванията по отношение на страховете на населението от ЕМП от базови станции за мобилна комуникация показват, че те са намалели значително спрямо предишни години. Извършените от НЦОЗА изследвания през 2012 г. на експозицията на UV лъчения в работната среда при различни производства и процеси, използващи източници на UV лъчение, включващи стерилизация на въздух, вода или повърхности в помещения, в дерматологията, физиотерапията, в производства със сушене на мастила, при солариумите, показват надвишаване на регламентираните гранични стойности на експозиция, и висок професионален риск за работещите.

2.2.2.9. Йонизиращи лъчения

По линия на *мониторинга на радиационните параметри на жизнената среда* от НЦРРЗ са извършени изследвания на 690 проби - хранителни продукти, питейни, повърхностни и минерални води, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; направени са 918 радиохимични, 310 гама-спектрометрични анализи и 876 радиометрични определяния. Чрез радиохимични анализи е определяно съдържанието на цезий-137, стронций-90, радий-226, радон-222, уран-естествен, обща бета и обща алфа активност в различни среди, а чрез гамаспектрометричен анализ - съдържанието на гама излъчващи нуклиди. За страната общият брой проби, анализирани за съдържание на радионуклиди, е 1 379, броят проведени анализи и измервания е съответно 3 116 и 2 767.

По изследваните радиологични показатели за водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда **не са констатирани отклонения от характерните за съответните райони стойности.**

В рамките на *контрола на обекти от ядрената промишленост с национално значение* е извършен контрол на радиационните фактори на работната среда в „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД и СП „РАО - Козлодуй“ и „ПХРАО Нови хан“ и не са установени отклонения от нормативните граници (ОНРЗ 2012). Направени са 6 847 измервания на мощността на дозата гама лъчение, 824 анализа за контрол на повърхностно замърсяване и 382 анализа за определяне на обемна активност на аерозоли.

ДЗК следи за възстановяването на околната среда в бившите обекти на уранодобивната и уранопреработвателната промишленост и за намаляване на надфоновото облъчване на населението. Общият брой на обектите е 78. Проведени са общо 478 измервания на 122 проби вода, 45 проби почва/дънни утайки/материал и 14 проби растителност/храни. При проверките са констатирани несъответствия с нормите за радиационна защита и безопасност при ликвидиране на последствията от урановата промишленост в Република България. Установени са отворени или разбити щолни. Отворените входове са предпоставка за облъчване и за пропадане на хора и животни в тях. Констатирани са набези и изнасяне на материал (метални опорни греди) от минните изработки.

През 2012 г. приключи Пилотното проучване за нива на радон в четири области – София, Софийска, Пловдивска и Варненска, представляващи територии с различен географски релеф и значителна част от населението на страната. Данните показват, че 92% от измерените стойности са под 300 Bq.m^{-3} , което е референтно ниво съгласно българското законодателство (ОНРЗ, 2012). 30 от изследваните 373 жилища са с концентрация на радон над референтното ниво (13 в област Пловдив; 3 в София; 9 в Софийска област; 5 в област Варна). Област Пловдив като цяло е с по високи концентрации – жилища в Пловдив и общините Асеновград (село Бачково), Калояново,

Първомай, Карлово. В Софийска област общините с измерени високи стойности са Костинброд и Долня баня. В община Долна баня има радонови извори, които могат да бъдат вероятна причина за измерените високи стойности. Средната годишна ефективна доза за българското население от естествения радиационен фон е оценена на 2.3 mSv, като облъчването от радон е голяма част от нея (приблизително 50%). Новите измервания на концентрацията на радон в жилища показват, че годишната ефективна доза за българското население следва да се оцени наново, след измерване и на останалите региони на страната. Направеният анализ потвърждава необходимостта от национално проучване и от план за действие за редуциране на облъчването на населението от радон в затворени помещения.

Оценка на лъчевото натоварване на българското население от рентгеновата диагностика през 2011 г., данните от което са обработени през 2012 г., показва, че общата колективна доза от рентгеновите изследвания, оценена по същата методика като тази през 2010 г., е 3615 man.Sv за колективната доза и 492 mSv на 1000 души от населението, срещу съответно 3235 man.Sv и 420 mSv за 2010 г. Слабото повишение се дължи на увеличение с 9% на броя на рентгеновите изследвания. Компютър-томографските изследвания съставят само 7.6% от общия брой изследвания, но имат основен принос (45.9%) в колективната доза. България е на едно от последните места в Европа по колективна доза. Това е добра тенденция, но анализът показва, че основна причина за това е малкият брой на рентгеновите изследвания на глава от населението (на предпоследно място в Европа).

Национално проучване в нуклеарната медицина (НМ) показва, че общият брой на НМ изследвания нараства слабо – през 2007 г. те са 19 175, през 2010 г. – 19 768 и през 2011 г. – 20 581. Тези стойности не включват изследванията на деца, които представляват само 0.8% от всички изследвания и имат несъществено влияние върху колективната доза. Честотата на НМ изследвания на милион население в България е 2624, която е една от най-ниските в Европа. Годишната колективна доза от диагностични нуклеарно-медицински процедури в България през 2010 г. е оценена на 67 man.Sv, а през 2011 г. – на 75 man.Sv. Колективната доза през 2011 г. е нараснала с около 40% спрямо тази през 2007 г. (54 man.Sv).

През 2012 г. са обслужени 5 458 лица работещи в среда на йонизиращи лъчения от гр. София и област София. Общият брой на профилактичните прегледи е 23 102, от които 14 608 са редовни, а вторичните прегледи са 460. Ново постъпилите пациенти са 1 085. Издадени са 5 077 експертни заключения за пригодност за работа в среда на йонизиращи лъчения за София-град и Софийска област. На отчет се водят 18 лица с професионални лъчеви увреждания, регистрирани през минали години.

През 2012 г. е извършен дозиметричен контрол на 4 762 лица.

При *предварителния контрол* на обекти с ИЙЛ не са констатирани отклонения по време на строителство. Изготвени са 246 броя здравни заключения по документация на обекти за издаване на лицензия за използване на ИЙЛ за медицински цели (служебно съгласуване с АЯР).

Разпределението на обектите по области, степен на сложност и извършените проверки по линия на *системния здравно-радиационен контрол* са представени в таблица 24 от приложенията. Общият брой проверки е 3 707, като от тях 1 227 са извършени от НЦРРЗ, 679 от РЗИ Пловдив, 562 от РЗИ Враца, 551 от РЗИ Варна, 366 от РЗИ Русе и 322 от РЗИ Бургас.

Резултатите от радиационния мониторинг на околната среда показват, че естественият гама-фон в страната не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с ИЙЛ и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон. Радиоактивността на въздуха, водата, почвата, флората и фауната

варира в нормални граници. Няма отклонения от нормативните изисквания за радиационна защита. Годишната ефективна доза от надфоново облъчване на лица от населението, живеещо около АЕЦ “Козлодуй” и ПХРАО-Нови хан, е под 10 μSv по оценка, направена въз основа на резултатите от радиационния мониторинг в тези райони. Това показва, че не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране на радиационната защита на населението. Като обобщение може да се каже, че нивото на радиационната защита в страната е приемливо и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област.

2.2.2.10. Рискови фактори, свързани с трудовата среда

У нас заетостта на работещите в традиционно рискови икономически сектори е по-висока в сравнение със страните в Европейския съюз, вследствие на което по-висок дял работещи са изложени на физични, химични, биологични и ергономични рискови фактори. Висок е и дялът на работещите в условия на стрес (ниска автономност, работа в условията на недостиг на време, сменна работа, удължен работен ден и др.). Друг важен проблем е по-ниската информираност на работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа.

Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа. През 2012 г. са регистрирани общо 3 027 трудови злополуки (ТЗ), от които 82 са със смъртен изход, а 11 – с изход трайно намалена работоспособност. Загубените календарни дни са 158644¹⁸.

Разпределението на ТЗ (общ брой), смъртни и с изход инвалидизация по икономически дейности показва, че през 2012 г. най-висок брой ТЗ са регистрирани в отрасъл държавно управление – 170, сухопътен транспорт – 153 и търговия на едро – 149. Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са регистрирани в търговия на едро - 13, следвани от равен брой в сухопътен транспорт (7) и растениевъдство, животновъдство и лов (7).

Общият брой на регистрираните ТЗ по териториалните подразделения на НОИ е най-висок в София-град (1082), Варна (259) и Пловдив (253). Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са регистрирани в София-град (17), Бургас (7) и Пловдив (7). Висок е дялът на ТЗ със смъртен изход спрямо общия брой ТЗ в Търговище 12.5 % (2 от 16), Ямбол – 11.7% (4 от 34), Кърджали – 10.5 % (2 от 19), Видин – 9.1 % (1 от 11).

През 2012 г. се наблюдава повишение на общия брой ТЗ (с 9.9%), но намаляване на ТЗ със смъртен изход (с 4.9%) в сравнение с 2011 г.

Броят на СТМ надвишава повече от два пъти броя на специалистите по трудова медицина, голяма част от които са регистрирали повече от една СТМ. Осигурените лица през 2012 г. (по данни на НОИ) са 2 659 190, съответно един лекар със специалност трудова медицина се очаква да обслужва средно по 12 087 лица.

2.2.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот

2.2.3.1. Тютюнопушене

Въпреки предприетите мерки за ограничаване на тютюнопушенето, то продължава да е сериозен медико-социален проблем и една от основните предотвратими причини за смърт и инвалидност. По данни на СЗО всяка година над 5.6 милиона души в целия свят умират преждевременно от заболявания, свързани с тютюна. Около 1 от 8 смъртни случаи сред населението над 30-годишна възраст се

¹⁸ Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, www.noi.bg

дължи на тютюнопушенето. В Европа тютюнопушенето формира средно 12.2% от глобалното бреме на болестите (3%-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи¹⁹.

България е сред водещите страни по употреба на тютюневи изделия, основно на цигари. След дългогодишна тенденция на увеличаване на тютюнопушенето у нас, през последните години се наблюдава намаляване на неговото разпространение:

- през 1952 г. са пушили 13.7% от българските граждани,
- през 2007 г. – 45.2%,
- през 2008 г. – 38.8%,
- през 2009 г. – 36%
- в началото на 2012 г. като пушачи се самоопределят 36%.

След въвеждането от 1-ви юни 2012 г. на пълна забрана за тютюнопушене в закрити обществени места, както и на някои открити обществени места, към края на годината, пушачи са 34% от възрастното население в страната.

От 2001 г. до 2005 г. България заема трета позиция след Гърция и Япония в света по потребление на човек от населението²⁰. През 2009 и 2012 г., по данни на Евробарометър, България се нарежда по брой пушачи на второ място в Европа след Гърция^{21 22}.

На този фон, данните на НСИ сочат значимо намаление на потреблението на цигари средно на лице от домакинството на страната за периода 1999-2012 г. – от 1000 цигари средно на лице от домакинство през 1999 г. до 601 броя през 2012 г.²³ (приложения – таблица 25)

През 2012 г. резултатите от национално представително проучване сред родителите на 2884 деца от детските градини в страната, проведено от НЦОЗА²⁴, показват, че децата пасивни пушачи са 57.5% от извадката, като броят им е намалял с 7 пункта в сравнение с 2008 г. При 11.8% от случаите пуши само майката, 19.7% пуши бащата, а при 26.0% пушат и двамата родители. Най-много са децата пасивни пушачи в Силистра (90.9%), Добрич (78.1%), Разград (70.0%), а най-малко в София (43.5%), Бургас (45.2%) и Кърджали (46.7%)

Доказано е, че политиките за среда без тютюнев дим освен, че предпазват непушачите от експозиция на цигарен дим и намаляват негативния ефект от тютюнопушенето, водят до намаляване на консумацията на тютюн, стимулират отказването от опити за пушене и намаляват пушенето при младите хора, без да вредят на икономиката.

2.2.3.2. Употреба на алкохол

В Европейския съюз злоупотребата с алкохол ежегодно се явява причина за 115 000 смъртни случая сред хората до 70 г. възраст и е отговорна за 12% от преждевременната смъртност при мъжете и 2% от преждевременната смъртност при жените. В ЕС алкохолът е трети по значимост рисков за здравето фактор след

¹⁹ World Health Organisation: WHO global report: Mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2012. Available at: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/index.html

²⁰ World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. ISBN 978 92 4 456391 5 (NLM classification: WM 290)

²¹ Special Eurobarometer 332/Wave 72.3 – TNS Opinion & Social. EC, Brussels, Belgium. 2010.

²² Special Eurobarometer 385. “Attitudes of Europeans towards Tobacco”. Wave EB77.1 – TNS Opinion & Social. EC, Brussels, Belgium. 2012

²³ НСИ. <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

²⁴ Непубликувани данни

тютюнопушенето и високото артериално налягане. Злоупотребата с алкохол, съставлява около 9% от общото бреме на болестите²⁵²⁶.

Европейският съюз е районът с най-високата консумация на алкохол в света. Данните от доклада Health at a Glance: Europe 2012²⁷ показват, че измерена чрез мониториране на годишните данни за продажбите на абсолютен алкохол²⁸ в отделните страни, тя възлиза на средно 10.7 литра АА на глава от населението. С 10.0 литра АА на глава от населението, България се ситуира на 8-мо място сред страните с най-ниска алкохолна консумация. Отчита се и нейното намаление с 10 пункта за периода 1980-2010 г. (приложения – фигура 10).

В този контекст, данните на НСИ, показват значимо нарастване (с 6.7 литра) на консумацията алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната за периода 1999-2012 г. основно поради покачването през годините на употребата на бира с около 8 л, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии²⁹ (таблица 26 - приложения). Подобна тенденция се отчита и в други страни, традиционни производители и потребители основно на вино (Италия, Франция и Гърция)

През 2012 г. е нараснал и средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия до 420 лв. на година и нарастване до средно 89 лв. на лице от домакинството. Въпреки по-високите в номинална стойност разходи, алкохолът и тютюневите изделия не променят своето значение в структурата на разходите от 1999 до 2012 г. (4.8%-44%).

2.2.3.3. Физическа активност

През последните десетилетия тенденцията по отношение на нивото на физическата активност у нас продължава да е неблагоприятна за всички възрастови групи. Над 80% от българите са с ниска физическа активност, което поставя България на първо място сред страните в Европейския съюз. Не се занимават въобще със спортна дейност над половината от тях, регулярно я практикуват едва 3%. Според Eurobarometer⁵ основна причина за ниското ниво на физическата активност е липсата на достатъчно възможности за спорт и физическа активност.

Недостатъчна е физическата активност и при децата в ученическа възраст. Изследванията показват, че над 30% от децата са физически активни по-малко от два дни в седмицата, едва 1/5 от тях отговарят на препоръките на СЗО за физическа активност (60 минути дневно)^{6,7}. За умерена до интензивна физическа активност почти всеки ден съобщават само 20-36% от момичетата и 37-47% от момчетата. Около 40% от децата ежедневно стоят повече от 5 часа (извън учебните занятия) пред компютър и телевизор.

Обездвиженият начин на живот, заедно с редица други фактори на риска, води до по-висока заболяемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др. Комбинациите от ниска физическа активност, повишено артериално налягане,

²⁵ The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

²⁶ Anderson, P., B. Baumberg – Alcohol in Europe, http://europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

²⁷ OECD, “Smoking among adults”, in Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, 2012.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-24-en>

²⁸ Консумацията на алкохол се определя като годишните продажби на чист алкохол в литри на човек на възраст от 15 и повече години. Методологията за преобразуване на спиртни напитки на чист алкохол може да се различава в отделните страни. Официалната статистика не включват нерегистрираната консумация на алкохол, като например вътрешното производство.

²⁹ <http://www.nsi.bg/index.php>

повишен холестерол, наднормена телесна маса или затлъстяване увеличават многократно риска за здравето на хората⁸.

2.2.3.4. *Хранене и хранителен статус на населението в България*

Данните от ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България от НСИ³⁰ върху представителна извадка от населението показват постоянно намаляване консумацията общо *на хляб и тестени изделия*. От 2000 г. до 2011 г. потреблението на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляло с 25%. Увеличава се консумацията на *картофи* с 18.6%. Консумацията на *пресни зеленчуци* и *пресни плодове* има обща тенденция за нарастване от 2000 г. до 2011 г., но през 2012 г. се наблюдава спад в консумацията, съответно за зеленчуци от 1% и за плодове от 2.6% в сравнение с 2011 г. Запазва се тенденцията за намаляване на консумацията на компоти.

През последните 10 години се отбелязва увеличаване *на консумацията на месо*. *Консумацията на риба* е ниска (14.8 g среднодневно през 2012 г. на лице, при препоръка поне 30 г). От 2000 г. се увеличава консумацията на *кисело мляко и млечни продукти* и намалява консумацията на *прясно мляко, но тя все още е 50% от препоръчаното* ежедневно количество. През 2012 г. се наблюдава намаление на употребата на *захар* с 6.2%, но приемът на *захарни и шоколадови изделия* се увеличава.

Консумацията на безалкохолни и алкохолни напитки през 2012 г. е най-висока за периода от 2000 г. до 2012 г.

Отрицателните характеристики в модела на храненето на населението са изразени при децата в ученическа възраст, при които консумацията на пържени картофи и чипс, тестени закуски; захарни, шоколадови и сладкарски изделия; безалкохолни напитки, съдържащи захар, е висока, а консумацията на плодове и зеленчуци, мляко, млечни продукти и риба е ниска. Наред с нездравословния модел на хранене при голяма част от учениците се наблюдава ниска физическа активност. Тенденцията за увеличаване на затлъстяването при децата в ученическа възраст (7-18 години) се запазва.

Относителният дял на свръхтегло при децата на възраст 7-18 години е 16.7%, а на затлъстяване - 8.2%. Спрямо 1998 г. честотата на свръхтеглото се е запазила в същите граници, докато честотата на затлъстяването (2.1-4.8%) се е увеличила с повече от 100% (5.1-10.9%, 2011 г.)³¹.

Тенденцията за увеличаване на затлъстяването е още при децата в 1-ви клас. Докато през 1998 г. относителният дял на децата на 7-8 г. със затлъстяване е под 10%, през 2011 г. достига 20.8% при момчетата и 14.6% при момичетата³².

Високата консумация на сол от населението в България е обект на Национална промотивна кампания на МЗ за намаляване на солта в храните и храненето у нас.

За подобряване на организираното хранене на децата от 7 до 19-годишна възраст е публикуван Сборник рецепти за ученическите столове и бюфети, актуализиран и допълнен, съобразно препоръките за здравословно хранене. През 2012 год. е изготвен проект на Наредба за здравословно хранене на децата на възраст от 0 до 3 години в детските заведения и детските кухни. Във връзка с практическото

³⁰ Национален статистически институт. Доходи и разходи на домакинствата.3. Потребление на домакинствата. http://www.nsi.bg/ORPDOC/HH_3.1.3.xls

³¹ Петрова С., В. Дулева, Л. Рангелова, М. Константинова, П. Димитров Свръхтегло и затлъстяване при учениците в България: тенденции и рискови фактори. XII-ти Национален педиатричен конгрес с международно участие 31 май – 2 юни 2012, Пловдив, Програма и резюмета 2012: 32-34

³² Petrova S., V. Duleva, L. Rangelova, P. Dimitrov, M. Konstantinova. Trends in prevalence of overweight and obesity among schoolchildren in Bulgaria: relationships with dietary intake. World Nutrition Rio 2012, 27-30 April 2012, Rio de Janeiro, Brazil, Programme, SOC31: P18589, 104.

приложение на наредбата през 2012 г. започна разработване на «Сборник рецепти и ръководство за здравословно хранене на деца до 3-годишна възраст».

2.2.3.5. *Употреба на наркотици*³³

Данните на Националния фокусен център за наркотици и наркомании от проведено представително национално социологическо проучване през м.октомври 2012 г. сред общото население (15-64 г.) в България относно нагласи и употреба на психоактивни вещества, обхващащо 5653 лица, показва, че, както и в предходни проучвания, най-масово употребяваният наркотик е канабисът – 7% от анкетираните най-малкото са го опитали поне веднъж в живота си (350-355 хил.лица). Следва групата на стимулантите: екстази – 1.8% (около 90 хил.лица); амфетамини – 1.2% (около 60 хил.) и кокаин – 0.8% (около 40 хил.лица). Употребата на хероин е 0.3% (около 15 хил. души).

През 2012 г. в Националния фокусен център за наркотици и наркомании или с негово водещо участие и подкрепа са осъществени общо 21 проучвания (10 проучвания за 2011 г.) от различен тип. В лабораторията към центъра са извършени 2563 серологични изследвания (4 728 за 2011 г.) на 677 пациенти (1 182 пациенти, 2011 г.).

Броят на лицата, употребяващи наркотични вещества, изследвани в лабораторията на НЦН, е спаднал през 2011 г. и 2012 г. Причини за това могат да бъдат намален брой на употребяващи инжекционно наркотици (УИН) в София или намаляващ брой зависими лица, търсещи лечение. В последните 2 години нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици бележи тенденция нае задържане около 3% от тестваните лица. Нивото на Хепатит В инфекция продължава спада особено при лица под 25 г., употребяващи инжекционно наркотици, което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. ваксинационна програма на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 67.8% и е повишено спрямо 2011 г. (62%). Нивото на инфекция на сифилис се е повишило чувствително на около 11%, което е най-високо от 10 години в рисковата група на УИН (3% за 2011 г.).

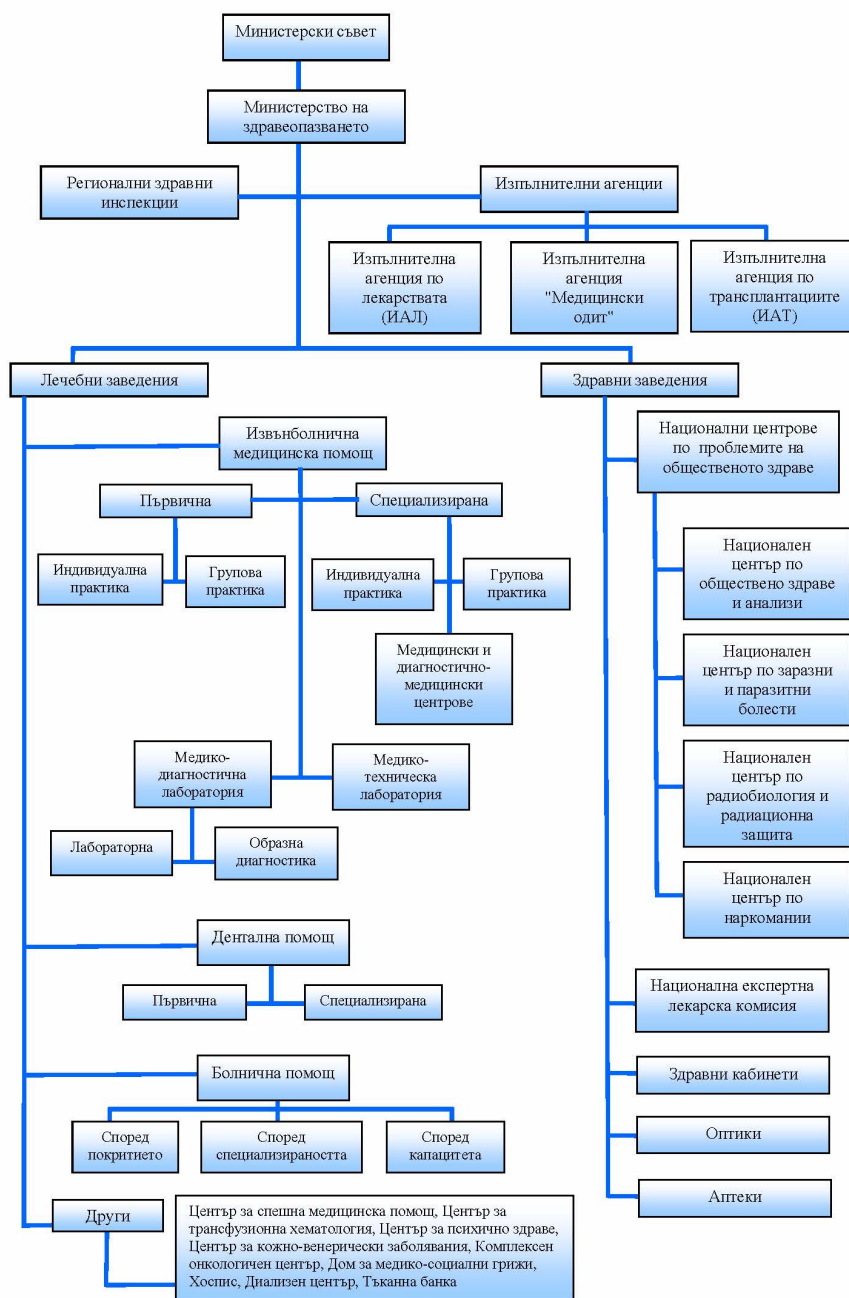
³³ Годишен доклад по проблемите, свързани с наркотиците и наркоманиите в България 2012. Национален фокусен център за наркотици и наркомании с подкрепата и санкцията на национален съвет по наркотичните вещества

3. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

3.1. Структура и организация

Няма съществени промени в структурата и организацията на здравната система през 2012 г. в сравнение с предходната година. На фигура 16 е представена структурата на здравната система в България.

Фигура 16. Здравна система – организационна структура



Структурата на здравната мрежа и осигуреността на леглата през 2012 г. е представена на таблица 2.

Таблица 2. Здравна мрежа и леглови фонд през 2011 и 2012 г.

Видове заведения	2011		2012	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ – всички	315	44811	312	45 726
Многопрофилни болници	120	25500	114	24 912
Многопрофилни болница за активно лечение	119	25460	113	24 872
Специализирани болници	76	7837	73	7 755
Специализирана болница за активно лечение	39	3837	37	3 700
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	5	241	5	251
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	13	935	12	980
Специализирана болница за рехабилитация	19	2824	19	2 824
Психиатрични болници	12	2448	12	2 438
Частни заведения за болнична помощ	89	5799	92	6 916
Лечебни заведения за извънболнична помощ (по отчетите на лечебните заведения)				
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3569	-	3 575	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	4850	-	5 046	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	219	-	223	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	264	-	300	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2858	-	3 050	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	62	-	76	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	146	-	149	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – групови практики	1	-	1	-
Медицински центрове	559	617	575	588
Дентални центрове	49	6	49	7
Медико-дентални центрове	35	38	33	15
Диагностично-консултативни центрове	121	263	121	228
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1006	-	1 026	-
Други лечебни и здравни заведения				
Комплексни онкологични центрове	7	1152	7	1 144
Центрове за кожно-венерически заболявания	10	100	8	80

Центрове за психично здраве	12	1328	12	1358
Центрове за спешна медицинска помощ	28	-	28	-
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология	4	-	4	-
Домове за медико-социални грижи за деца	31	3756	30	3 624
Хосписи	49	790	41	802
Национални центрове без легла	7	-	7	-
РЗИ	28	-	28	-
Санаториални заведения	4	674	1	244

3.2. Нормативна база

През 2012 г. МЗ предприе действия по изготвянето, приемането и въвеждането в действие на 139 нормативни акта, в това число закони, постановления на Министерския съвет, наредби, правилници и други, които имат значение за развитието на системата на здравеопазването.

През отчетния период основните нормативни промени в системата на здравеопазването са извършени с промяна в Закона за здравното осигуряване, Закона за здравето, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, Закона за лечебните заведения, Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането.

С подзаконовни нормативни актове са уредени основно условията и реда за реализиране на законовите промени.

През 2012 г. се извършиха промени в Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето които предвидиха от 01.01.2013 г. към финансиране на Националната здравноосигурителна каса да преминат дейностите по осигуряване на ваксини, асистирана репродукция, интензивно лечение, амбулаторно проследяване на болни с психични и с кожно – венерически заболявания.

Със Закона за здравното осигуряване се предвиди и прелицензиране на здравноосигурителните дружества по Кодекса за застраховането в застрахователни акционерни дружества в едногодишен срок от влизането му в сила. По този начин България изпълни задължението си за привеждане на нормативната уредба в областта на доброволното здравно осигуряване в съответствие с чл. 63 от Договора за функциониране на Европейския съюз и с разпоредбите на Директива 73/239/ЕИО (Първа директива по застраховане, различно от животозастраховането) и Директива 92/49/ЕИО (Трета директива за общо застраховане).

Със Закона за здравето е въведена забрана за тютюнопушене на закрити обществени места.

Със Закона за лечебните заведения се заложи планиране чрез Националната здравна карта и на високотехнологичните методи на диагностика и лечение.

Със Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки се въведоха в срок в българското законодателство основните изисквания на Директива 2010/53/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 7 юли 2010 година относно стандартите за качество и безопасност на човешките органи, предназначени за трансплантация. Създаде се и правна възможност Изпълнителната агенция по трансплантация да финансира дейности по насърчаване на донорството и изразяване на почит и уважение към починалите донори и техните близки като част от цялостния процес по стимулиране на даряването на органи.

С промени в Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането осигуряването на медицински изделия за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки премина от Министерството на здравеопазването към Националния център по трансфузионна хематология.

С промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина се предвиди създаването на Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти, който започна работа през месец март 2013 г. С промените в закона се въведоха в българското законодателство и изискванията на Директива 2010/84/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 15 декември 2010 г. за изменение по отношение на фармакологичната бдителност на Директива 2001/83/ЕО за утвърждаване на кодекс на Общността относно лекарствени продукти за хуманна употреба (ОВ, L 348/74 от 31 декември 2010 г.) и Директива 2011/62/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 8 юни 2011 г. за изменение на Директива 2001/83/ЕО за утвърждаване на кодекс на Общността относно лекарствени продукти за хуманна употреба по отношение на предотвратяването на навлизането на фалшифицирани лекарствени продукти в законната верига на доставка (ОВ, L 174/74 от 1 юли 2011 г.).

3.3. Финансиране

Финансирането на здравната система е един от основните фактори, влияещи върху нейното функциониране.

В България след 1999 г. финансирането на системата се осъществява чрез комбинация от източници, включващи данъци, средства от системата за социално здравно осигуряване, средства от частни здравноосигурителни фондове и лични средства на гражданите в променящи се съотношения.

Заплащането на здравните услуги в България в момента се основава основно на модела на задължителното здравно осигуряване и договорния принцип между предоставящите здравните услуги (лечебните заведения) и съответните институции, които ги заплащат от името на гражданите – осигурителен фонд, МЗ и други. Делът на разходите за здраве, заплащани чрез републиканския бюджет непрекъснато намалява, но запазва ролята си във финансирането на здравеопазването, дори и в ограничени размери.

Една от основните тенденции в развитието на разходите за здравеопазване в световен мащаб е тяхното постоянно и стабилно нарастване, дължащо се на бързото развитие на технологиите, нарастването на обема и цените на здравните услуги и застаряването на населението. Съотношението между публични и частни разходи за здравеопазване в БВП се променят в посока непрекъснато увеличаване на % на разходите на частния сектор за сметка на публичните, като съотношението публични към частни през 2002 е било 61.26% публични към 38.74% частни и достига 53.29% публични към 46.39% частни през 2012 г.. Прогнозата е тази тенденция да се запази и през следващите години, като делът на частните разходи за здраве достигне до 48-49% от общите разходи за здраве, т.е. рисковете ще се покриват все повече от плащания от страна на домакинствата.

Разходите за здраве бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Докато през 2000 г. домакинствата са разходвали 3.6% за здравеопазване, през 2011- 5.6% , то през 2012 г. са намалели до 5.2%, но средният разход за здраве за едно българско домакинство през 2012 г. се увеличава от 479 лв. през 2011 г. на 501 лв., а средният разход на едно лице от 196 лв. на 212 лв.

Посочените по-горе данни, както и изключително ниските доходи на населението поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги. Друг основен проблем пред здравната ни система през последните няколко

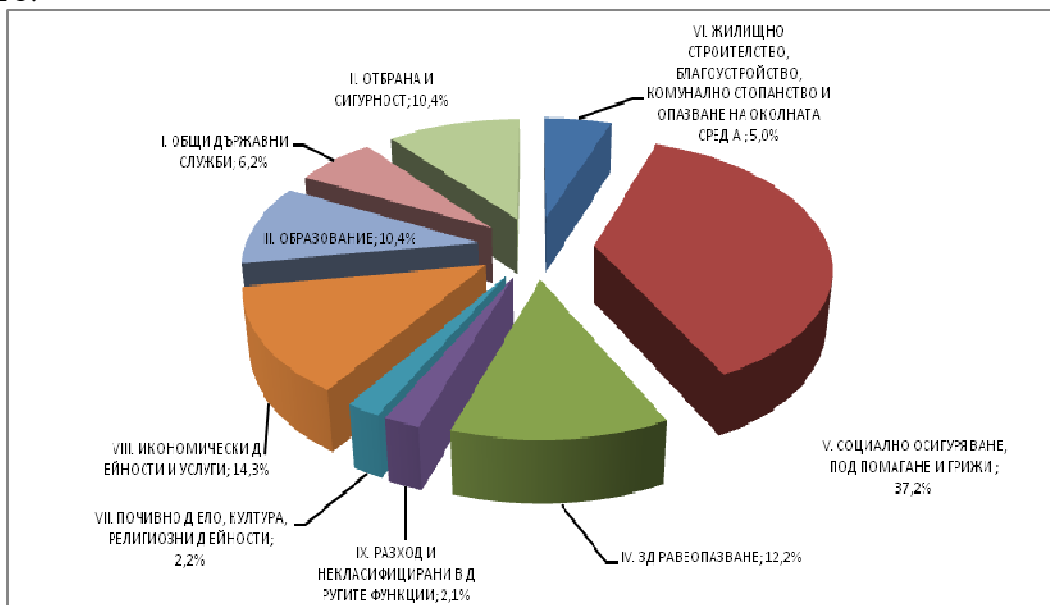
години е свързан с нерегламентираните плащания, които не само нарушават основните принципи и ценности на съвременното българско общество, но и увеличават социалното бремe за населението.

Планираните разходи за функция „Здравеопазване” (вкл. резерва за непредвидени и неотложни разходи) през 2012. са 3 261.6 млн. лв., а изразходваните средства по функцията за годината са в размер на 3 303.2 млн. лв. или 101.3% спрямо годишния разчет. Изразходваните средства по функцията за годината са с 14 млн. лв. или 0.4% повече от разходваните средства през 2011 г. (3 247.6 млн. лв.).

Въпреки поддържането през последните години на минимален темп на нарастване на средствата за здравеопазване като номинална стойност, съотношението на публичните разходи за функция „Здравеопазване” като % от БВП и през 2012 г. се задържат нивото от 4.3 %.

Разходите за функция "Здравеопазване" намаляват като относителен дял в структурата на разходите по функции по консолидирания държавен бюджет от 12.4% за 2011 г. на 12,2% за 2012 г. (фигура 17).

Фигура 17. Структура на разходите по функции по консолидирания държавен бюджет за 2012 г.

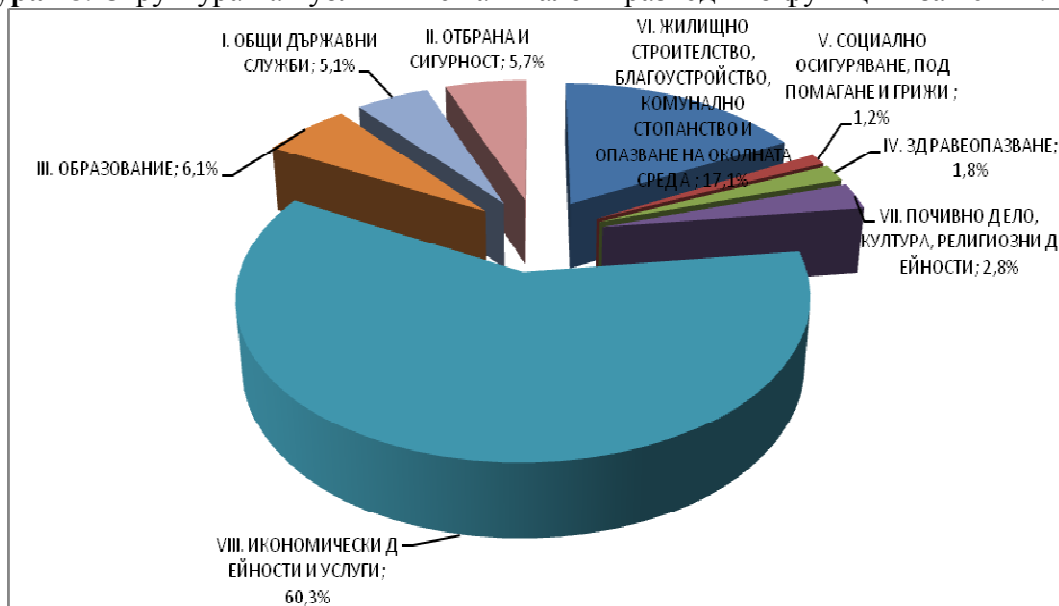


Източник: МФ

От всички публични разходи за здраве през 2012 г. 3 237.7 млн.лв. са текущите разходи и 65.5 млн.лв. са капиталови разходи за сектора, което съставлява едва 2% от общите разходи.

В структурата на публичните капиталови разходи по функции, отразяващи секторните приоритети при реализация на инвестиционната политика, капиталовите разходи в сектор здравеопазване са на предпоследно място с 1.8% от всички капиталови разходи (фигура 18).

Фигура 18. Структура на публичните капиталови разходи по функции за 2012 г.



Източник: МФ

Представените данни за 2012 г. показват най-голямо увеличение на разходите за здравно осигуряване (НЗОК), които нарастват от 2 225.5 млн.лв. през 2011 г. на 2 481.6 млн. лв. през 2012 г., т.е. с 256.1 млн. лв. (11.5%) (таблица 3). Значително намаляват разходите от републиканския бюджет от 877.8 млн.лв. през 2011 г. на 672.8 млн.лв. или с 30% (205 млн.лв.)

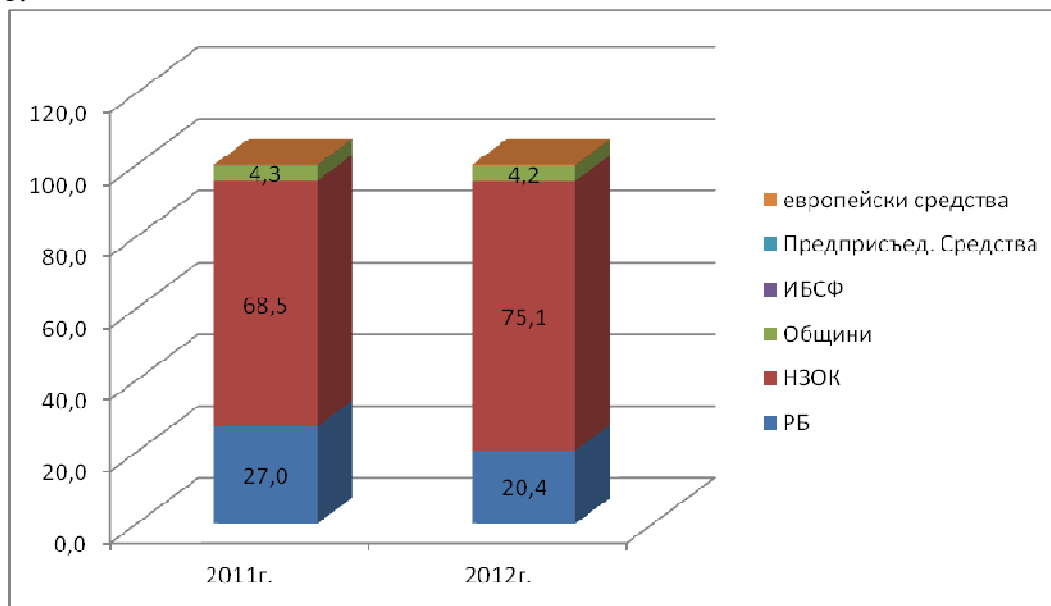
Таблица 3. Разходи за здравеопазване

(млн. лв.) ОТЧЕТ 2011 г. и 2012 г.	година	КФП	РБ	НЗОК	Общини	ИБСФ	Предпр. прогр.	Евр. с-ва
IV. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	2011 г.	3 247,6	877,8	2 225,5	139,6	2,2	0,5	2,1
	2012 г.	3 303,2	672,8	2 481,6	137,7	0,8	0,2	10,2
Текущи нелихвени разходи	2011 г.	3 199,1	842,2	2 223,2	131,5	0,3	0,5	1,5
	2012 г.	3 237,7	630,5	2 477,5	125,9		0,2	3,6
Капиталови разходи	2011 г.	48,5	35,6	2,3	8,1	1,9	0,6	
	2012 г.	65,5	42,2	4,1	11,8	0,8		6,6

Източник: МФ

Това води до промени в структурата на разходите за здравеопазване по източници на финансиране, като продължава тенденцията на намаляване на дела на средствата от републиканския бюджет (от 27% през 2011 г. на 20.4% през 2012 г.) за сметка на средствата от здравноосигурителни плащания, които през 2013 г. достигат 75.1% от всички разходи за здравеопазване. Делът на средствата, осигурявани от общини се запазва нисък – 4.2%. Все още средствата от европейски програми съставляват несъществен дял от средствата, разходени за осигуряване дейността на сектора. (фигура 19).

Фигура 19. Структура на разходите за здравеопазване по източници на финансиране за 2012 г.



Източник: МФ

Увеличението на средствата, заплащани от НЗОК за здравни разходи не е свързано с извършеното през 2008 г. увеличение на осигурителната вноска за здраве от 6% на 8%. Събраните пари за здраве по сметките на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) бяха пренасочвани от резерва на НЗОК към консолидирания бюджет на държавата - през 2009 г. - 140 млн. лв., през 2010 г. - 1.4 млрд. лв., през 2011 г. - 9 млн. лв., като през 2012 г. размерът на пренасочените средства е 41.665 млн. лв.

Същевременно от 2009 г. до 2012 г. голяма част от дейностите, които държавата плащаше през бюджета на Министерство на здравеопазването са пренасочени за плащане през бюджета на НЗОК, като същевременно не бяха извършени съществени промени в планираните финансови средства. Особено силно влияние върху финансовата ситуация и стабилност на системата оказва прехвърлянето на реимбурсирането на всички лекарствени продукти (без ваксини и лечение на СПИН и туберкулоза) от бюджета на НЗОК. Друг проблем, стоящ пред функционирането и планирането на средствата в системата, е натискът за непрекъснатото увеличаване на основния пакет от дейности, които се покриват като финансов ресурс от бюджета на НЗОК, в т.ч. лечение на редки болести, скъпоструващи консумативи и др.

Финансиране на здравни дейности от Национална здравноосигурителна каса

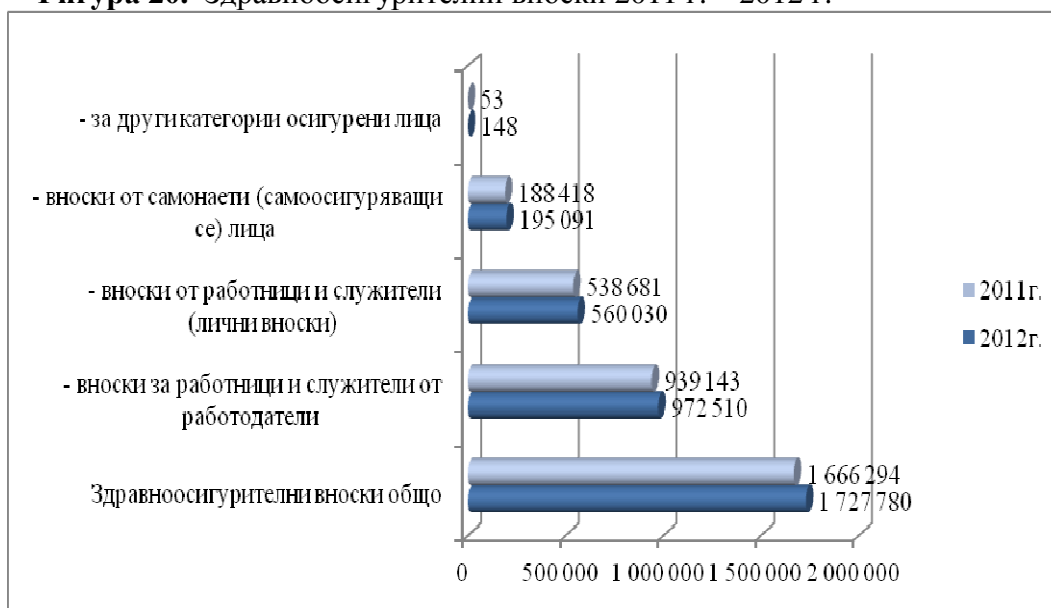
Общият размер на приходите и трансферите, заложили със Закона за бюджета на НЗОК за 2012 г. е 2 633 730 хил. лв. Реализираните приходи и трансфери през годината са в размер на 2 682 837 хил. лв., което представлява изпълнение с 1.9% спрямо планираните средства. Отчетените приходи и трансфери през 2012 г. са с 2.0% или с 52 190 хил. лв. повече в сравнение с отчетените 2 630 647 хил. лв. през предходната 2011 г..

Здравноосигурителните приходи за 2012 г. са 2 668 906 хил. лв. и съставляват 99.5% от отчетените приходи и трансфери. Налице е нарастване на здравноосигурителните приходи с 2.4% или с 61 486 хил. лв. повече в абсолютен размер спрямо отчетените 2 607 420 хил. лв. през 2011 г..

Нарастването е за сметка на приходите от здравноосигурителни вноски, които за 2012 г. са 1 727 780 хил. лв., което представлява увеличение с 3.7%, или с 61 486 хил. лв. повече в абсолютен размер спрямо отчетените 1 666 294 хил. лв. през предходната 2011 г. (фигура 20).

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2012 г. приходите от здравноосигурителни вноски заемат 64.0% в структурата на здравноосигурителните приходи. За 2012 г. размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8% и не се променя процентното съотношение за внасяне на здравноосигурителната вноска, спрямо 2011 г., и се запазва в съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника.

Фигура 20. Здравноосигурителни вноски 2011 г. – 2012 г.



Източник: НЗОК

Вноските за работници и служители от работодатели съставляват 56.3% от постъпленията от здравноосигурителни вноски, като съгласно данни на НСИ наети лица в страната са 28.3% от общото население. През 2012 г. приходите от вноски за работници и служители от работодатели са 972 510 хил. лв., което представлява увеличение с 3.6% или с 33 367 хил. лв. повече в сравнение с отчетените 939 143 хил. лв. през предходната 2011 г.

Приходите от здравноосигурителни вноски от работници и служители (лична вноска) съставляват 32.4% от събраните здравноосигурителни вноски през отчетната 2012 г. За 2012 г. те са 560 030 хил. лв. и са нараснали с 21 349 хил. лв. или с 4.0%, спрямо отчетените 538 681 хил. лв. през предходната 2011 г.

Здравноосигурителните приходи от вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица) за 2012 г. са 195 091 хил. лв., което формира ръст от 3.5% или 6 673 хил. лв. в абсолютен размер, в сравнение с отчетените 188 418 хил. лв. предходната 2011 г. Събраните приходи от здравноосигурителни вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица), съставляват 11.3% от събраните здравноосигурителни вноски за отчетната 2012 г.

Здравноосигурителните приходи от вноски от други категории осигурени лица за 2012 г. са 148 хил. лв., като постъпленията са нараснали с 96 хил. лв. в абсолютен размер спрямо предходната година.

Здравноосигурителните приходи чрез трансфери за здравно осигуряване за 2012 г. за лицата, чието здравно осигуряване се поема от републиканския бюджет, са 941 126 хил. лв. и съставляват 35.3% от събраните здравноосигурителни приходи. Размерът на трансферите в абсолютна стойност се запазва спрямо предходната 2011 г.

По данни на НЗОК към 31.12.2012 г. броят на здравнонеосигурените лица е 1 395 хиляди души, което представлява 18.0% от лицата с направен избор за личен лекар (7 551 хиляди души). За сравнение към 31.12.2011 г. лицата с прекъснати здравно-осигурителни права са възлизали на 1 323 хиляди души или 17.0% от лицата с избор на личен лекар. Данните показват, че през 2012 г. се отчита ръст с 72 хиляди на неосигурените лица спрямо 2011 г..

Най-висок е делът на неосигурените лица в област Кърджали – 26.3%, Търговище – 24.5%, Разград – 24.1%, а най-нисък е делът на неосигурените лица в София-град – 12.3%, София област – 14.5%, Габрово – 14.8%.

Броят на неосигурените лица нараства с нарастване на броя на безработните лица. Съгласно данни на НСИ през 2012 г. коефициентът на безработица е 12.4%, като в сравнение със същия период на 2011 г. се увеличава с 1.0 пункт.

През бюджетната 2012 г. получените трансфери от Министерството на здравеопазването са на обща стойност: 4 681 хил. лв. – в това число: за финансиране на разходите за акушерска помощ по чл.82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето в размер на 4 202 хил. лв.. и за финансиране на разходите за ваксини по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка за определена популация по ч. 82, ал. 2, т.3 от Закона за здравето в размер на 480 хил. лв..

Планираните средства за разходи и трансфери на НЗОК за 2012 г. са 2 633 730 хил. лв.. Разходваните през годината средства, в т. ч. трансфери, възлизат на 2 600 200 хил. лв. или 98.7% от предвидените средства.

В сумата на разходите и трансферите за 2012 г. са включени предоставени трансфери в размер на 118 628 хил. лв. - в това число към НАП – 3 006 хил. лв., към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК - 57 288 хил. лв. и предоставени трансфери на Министерството на здравеопазването за заплащане на медицински дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, осигурявани от Министерството на здравеопазването през 2011 г. - 58 335 хил. лв..

Реализираните разходи (без трансфери) на НЗОК за 2012 г. възлизат на 2 481 572 хил. лв. За сравнение през 2011 г. са разходвани 2 225 476 хил. лв. или през текущата година е отчетен ръст от 11.5% (256 096 хил. лв. в номинално изражение).

В структурата на разходите най-голям е относителният дял на здравноосигурителни плащания (без предоставените трансфери), представляващи 98.4% от всички извършени разходи. Административни разходи са 35 425 хил. лв. или 1.4% от всички разходи. За придобиване на нефинансови активи са разходени 4 090 хил. лв., което представлява 0.2% от всички разходи.

Финансиране на първичната извънболнична медицинска помощ

Планираните разходи за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) през 2012 г. са в размер на 169 000 хил. лв. Средствата са намалени след направения анализ за неусвоени средства с 2 105 хил. лв., като актуализираният годишен план на средствата за първична извънболнична медицинска помощ за 2012 г. възлиза на 166 985 хил. лв.

Към 31.12.2012 г. са изплатени 166 872 хил. лв. за дейността за периода декември 2011 г. – ноември 2012 г.

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за извършена дейност през 2012 г. се увеличава на 224 лв., спрямо 212 лв. 2011 г., или 2.24 лв. на 1 ЗЗОЛ. Средномесечният разход за капитация на 1 ЗЗОЛ за 2012 г. се запазва в размера за 2011 г. – 1.16 лв. В резултат на това намалява относителния дял на средствата за капитация – от 55% от стойността на извършената в ПИМП дейност през 2011 на 52% за 2012 г.

Заплатените средства за профилактична дейност по програма “Детско здравеопазване” възлизат на 20 945 хил. лв. и съставляват 12.6% от изразходваните средства за ПИМП. От тях за профилактични прегледи от 0 до 1 годишна възраст са изразходвани 4 897 хил. лв. (23.38% от разходите по програмата), за профилактични прегледи от 2 до 7 годишна възраст през отчетния период са изразходвани 4 630.0 хил. лв. (22.10%) и за профилактични прегледи от 7 до 18 годишна възраст са изразходвани 5 152.4 хил. лв. (24.60%).

В рамките на програма „Детско здравеопазване” са заплатени и 4 521 хил. лв. за имунизации на деца до 18 години.

За профилактично наблюдение по програма “Майчино здравеопазване” през 2012 г. са заплатени средства в размер на 49.8 хил. лв., които съставляват 0.03% от разходваните средства за ПИМП. Ниската стойност на разходите за профилактичното наблюдение на бременните и майките се дължи на направения избор на бременните, наблюдението на бременността да се извършва от лекар - специалист по „акушерство и гинекология” и много по-малко от изпълнител на ПИМП. Едва 3.7% от бременните са избрали изпълнител на ПИМП, да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване”.

През 2012 г. за диспансерно наблюдение са заплатени 27 138 хил. лв. или 16.26% от средствата за ПИМП.

За профилактични прегледи на лица над 18 години през 2012 г. са заплатени общо 18 958 хил. лв. или 11.36% от разходваните средства за ПИМП. Освен това за имунизация на лица над 18 годишна възраст съгласно Имунизационния календар на Република България, са заплатени 1 036 хил. лв.

Общият размер на средствата за профилактични дейности, осъществявани от ПИМП е 45 509.8 хил. лв.

През 2012 г. за неблагоприятни условия на работа са заплатени общо 4 092 хил. лв. или 2.45% от разходваните средства за ПИМП. Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия през 2012 г. , са 958, при регистрирани 1 075.

Заплащането за осигуряване на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ през 2012 г. възлиза на 8 007 хил. лв. и съставляват 4.80% от изразходваните средства за ПИМП. Средномесечният доход на ОПЛ, извършващ такава услуга, през 2012 г. е 155 лв., което демотивира ОПЛ да осигуряват самостоятелно тази дейност.

Финансиране на специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП)

Планираните средства за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) в бюджета на НЗОК за 2012 г. са в размер на 171 000 хил. лв. и са увеличени след анализ на заявките и изпълнението на средствата за здравноосигурителни плащания за СИМП общо с 17 005 хил. лв., т.е. до 188 005 хил. лв..

Средствата, изразходвани за специализирана извънболнична медицинска помощ представляват 8% от общо направените разходи за медицински плащания през отчетния период и са усвоени за заплащане на дейност извършена през периода ноември 2011 г. с (НРД 2011) - ноември 2012 г. с (НРД 2012).

Нарастването на разходите за СИМП през 2012 г. е с 15% в сравнение с 2011 г. или с 24 984 хил. лв. в номинално изражение.

На териториално ниво най-значителен е ръстът на разходите през 2012 г. (спрямо 2011 г.) в област В.Търново с 18.2%, Бургас с 16.5% и Плевен с 15.5%.

Средномесечният разход на 1 ЗЗОЛ през 2012 г. възлиза на 2.47 лв., като през 2011 г. той е бил 2.18 лв. В област Видин се отчита най-високият за страната средномесечен разход на 1 ЗЗОЛ – 2.99 лв., Сливен – 2.96 лв. и В.Търново – 2.93 лв. Най-нисък разход на 1 ЗЗОЛ на месец се отчита в област Силистра – 1.88 лв., Перник – 1.93 лв. и Кърджали – 2.08 лв..

Разпределението на разходваните средства, съобразно договорените през 2012 г. пакети, показва, че разходите по пакети "Кардиология", "Офталмология", "Педиатрия", "Акушерство и гинекология", "Неврология", "Ортопедия и травматология", "Ендокринология", "Физиотерапия и рехабилитация", "Ушно-носно-гърлени болести" и "Хирургия" съставляват над 80 % от разходите за СИМП.

Най-голям е делът на средствата изплатени по пакет "Кардиология" – 15.1%, следван от пакет "Офталмология" – 10.1% и "Педиатрия" – 9.4%, "Акушерство и гинекология" – 9.3%, "Неврология" – 9.1%.

Финансиране на денталната медицинска помощ

През 2012 г. за дентална медицинска помощ (ДМП) са планирани средства в размер на 101 394 хил. лв., които през годината са увеличени с 3 171 хил. лв.

Към 31.12.2012 г. са изплатени 104 554 хил. лв. за дейността за периода декември 2011 г. – ноември 2012 г.

Разходът за ДМП представлява 4.2% от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през 2012 г. и е увеличен с 7.7% спрямо изплатените 97 048 хил. лв. през предходната 2011 г.

Разходваните средства през 2012 г. за дентална помощ са разпределени съответно за първична дентална помощ 102 019 хил.лв. (97.58%) и за специализирана дентална помощ (2.42%).

Средномесечният разход на 1 ЗЗОЛ за дентална медицинска помощ за 2011 г. възлиза на 1.31 лв., а за отчетния период през 2012 г. на 1.41 лв..

Финансиране на Медико-диагностична дейност (МДД)

Планираните средства за медико-диагностична дейност (МДД) за 2012 г. са в размер на 71 500 хил. лв. Към 31.12.2012 г. са изплатени 70 721 хил. лв. за дейността за периода декември 2011 г. – ноември 2012 г.

Разходът за МДД представлява 3% от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания усвоени за дейност извършена през периода ноември 2011 г. – ноември 2012 г.

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за МДД за страната през 2012 г. възлиза на 95.02 лв., докато през 2011 г. е бил 86.73 лв.. Този показател е най-висок в област София град – 134.23 лв., Пловдив – 115.51 лв. и Варна – 111.55 лв., а най-нисък в София област – 50.82 лв., Силистра – 54.04 лв. и Кърджали – 60.15 лв.

Лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели

Разходите за лекарствени продукти и консумативи за домашно лечение заемат второ място, след разходите за болнична помощ, като представляват 19.4% от общите разходи на НЗОК, като към 31.12.2012 г. те са в размер на 484 109 хил. лв. при средномесечен разход от 40 342 хил. лв.

Разходът на НЗОК за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели на 100 ЗЗОЛ през 2012 г. възлиза на 7 806 лв. С тези средства са изплатени лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани на аптеките за период от 1 декември 2011 г. до 31 октомври 2012 г. (11 месеца потребление), а за продуктите (глюкомери и тест-ленти), заплащани на дистрибутори за период от 1 декември 2011 г. до 30 ноември 2012 г. (12 месеца потребление).

За финансовата 2011 г. по параграфа са разходвани 524 471 хил. лв., но с тези средства са изплатени лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за по-дълъг период от време - за заплащани аптеките за период от 16 октомври 2010 г. до 30 ноември 2011 г. (13.5 месеца на потребление) и за продуктите (глюкомери и тест-ленти) и за заплащани на дистрибутори за период от 16 октомври 2010 г. до 31 октомври 2011 г. (12.5 месеца на потребление).

Основните причини за увеличаване на стойността на лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, предоставени от аптеките на ЗЗОЛ, са включването на нови лекарствени продукти в позитивния лекарствен списък; повишаване нивото на реимбурсация на част от тях, както и увеличаване броят на болните, за чието домашно лечение НЗОК заплаща.

Финансиране на болничната помощ (БП)

Планираните разходи за финансирането на дейностите за болнична медицинска помощ през 2012 г. са в размер на 1 168 876 хил. лв., от които 3 400 хил. лв. са за акушерска помощ за всички здравноосигурени жени, 2 000 хил. лв. за финансиране на разходите за ваксини по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка, 57 584 хил. лв. за диализа при терминална бъбречна недостатъчност, 40 000 хил. лв. за диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания и 57 584 хил. лв. за лекарствена терапия.

Към 31.12.2012 г. общият размер на средствата за болнична помощ достига 1 447 909 хил. лв., като увеличението е в размер на 23% спрямо първоначално планираните средства.

Относителният дял на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ е 57.9% от средствата за здравноосигурителни плащания на НЗОК за 2012 г.

Към 31.12.2012 г. от средствата за болнична медицинска помощ са изплатени:

- 1 251 708 хил. лв. за дейности по клинични пътеки, медицински изделия, високоспециализирани медицински дейности и клинични процедури (КПр 05, 07 и 08) в т.ч. трансфер 53 177 хил.лв.;
- 4 186 хил. лв. за акушерската помощ за здравноосигурени жени;
- 203 хил. лв. за финансиране на разходите за ваксини по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка;
- 66 685 хил. лв. (с вкл. трансфер 688 хил. лв.) за диализа при терминална бъбречна недостатъчност;
- 8 866 хил. лв. (с вкл. трансфер 1 хил. лв.) за диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания;
- 116 261 хил. лв.(с вкл. трансфер 3 381 хил.лв.) за лекарствена терапия на пациенти със злокачествени заболявания;

През месец декември 2012 г. са били изплатени средства за надлимитната дейност за периода на дейност декември 2011 г. – ноември 2012 г. в размер на близо

59 651 хил. лв. В сравнение с 2011 г. разходите за болнична помощ са в повече с 19.06% или с 231 765 хил. лв. в номинално изражение.

Средномесечният разход за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица през 2012 г. възлиза на 120 293 хил. лв. През 2011 г. средномесечният разход е възлизал на 101 068 хил. лв., т.е. разходите за БП за всички здравноосигурени лица през 2012 спрямо 2011 г. средно на месец са се увеличили с 19 226 хил. лв. или със 19.02 на сто.

Най-много средства на изпълнителите на болнична медицинска помощ през 2012 г. са изплатени в област София-град, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен и Стара Загора, а с най-малко изплатени средства са област Видин, Перник, Силистра, Смолян и Разград.

Увеличението на разходите за болнична медицинска помощ през 2012 г. спрямо 2011 г. се дължи на новите дейности, които НЗОК е започнала да заплаща през 2012 г., а именно: клинични процедури „Системно лекарствено лечение при злокачествени заболявания”, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия”, „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане със или без прилагане на сърфактант”, диализа при термална бъбречна недостатъчност, диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания и лекарствена терапия.

През 2012 г. е направена промяна в начина на финансиране от страна на НЗОК, като на всички лечебни заведения за болнична медицинска помощ бяха разпределени задължителни годишни прогнозни стойности (ЗГПС) за дейности за болнична медицинска помощ съгласно приети Правила за определяне на задължителните годишни прогнозни стойности за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ в РЗОК за 2012 г.

Финансиране на други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ - медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС)

Планираните средства за 2012 г. за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС) са в размер на 37 225 хил. лв.

Към 31.12.2012 г. по параграфа са отчетени разходи в общ размер на 37 188 хил. лв. при 11 912 хил. лв. през предходната 2011 г.

Към 31.12.2012 г. общата стойност на неприключените индивидуални справки по искове от други държави за възстановяване по реда на действителни разходи е 73 102 хил. лв.

Здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност през 2012 г. формират малък относителен дял – 1.5% от общите здравноосигурителни плащания на НЗОК, но в сравнение с 2011 г. се отчита ръст с 212%, който значително надвишава ръста при останалите видове здравноосигурителни плащания. Това, както и натрупаните дължими суми по искове от другите държави, предполага значително нарастване на тези плащания в следващите години.

Финансиране на здравни дейности от републиканския бюджет

Разходите на републиканския бюджет по функция “Здравеопазване” през 2012 г. са насочени към финансиране на приоритетни политики и дейности в областта на общественото здравеопазване, реализиране на Национални здравни програми по стратегически здравни приоритети и социално значими заболявания; осигуряване на

лекарства, консумативи и биопродукти по централна доставка; диагностично-консултативна и лечебна дейност в лечебните заведения, в системата на МЗ, МТИТС, МС, МО и МВР.

Основните разходи за функция „Здравеопазване” по републиканския бюджет се осъществяват чрез бюджета на Министерството на здравеопазването (69% от разходите от републиканския бюджет). Със Закона за държавния бюджет на Република България за 2012 г., утвърдените разходи по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2012 г. са в размер на 468 185 000 лв..

Отчетените разходи към 31.12.2012 г. на МЗ са общо в размер на 480 117.3 лв., в т.ч. текущи нелихвени разходи – 450 549.7 лв., лихвени плащания – 1 754.2 лв. и капиталови разходи – 27 813.4 лв. (таблица 4).

Таблица 4. Разходи за функция „Здравеопазване” по ведомства 2011-2012 г.

	2011 г. (млн. лв.)	2012 г. (млн. лв.)
Министерство на здравеопазването	705.9	480,1
Министерски съвет	28.6	30.5
Министерство на отбраната	110.2	140.6
Министерство на вътрешните работи	18.6	18.0
Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	9.1	8.7
Министерство на физическото възпитание и спорта	0.2	0.2

Източник: МФ

Данните за 2012 г. показват, че на фона на намаляващите разходи на Министерство на здравеопазването, по отношение на разходите за здравни дейности на останалите ведомства се наблюдава относително запазване на нивото на финансиране, като разходите на Министерство на отбраната бележат значително увеличение от 110.2 млн. лв. на 140.6 млн. лв., което съставлява 20.6% от общите бюджетни разходи по функция „Здравеопазване”. През 2012 г. лечебните заведения за болнична помощ към МО, МС, МТИТС и МФВС са изразходвали 198.1 млн. лв. за своята дейност, включително средствата за изпълнени клинични пътеки по договори за болнична помощ с НЗОК.

Най-голям относителен дял от общия размер на разходите на Министерство на здравеопазването през 2012 г. имат:

- разходите за заплати, други възнаграждения и социално - осигурителни плащания (разходи за персонал) – 36.52%;
- разходите за издръжка – 32.99%.
- субсидиите за болнична помощ за извършена дейност по реда на утвърдена Методика за 2012 г. – 27.13%.

В рамките на определения бюджет МЗ пряко финансира 114 самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения – юридически лица на бюджетна издръжка.

- 28 Центрове по спешна медицинска помощ (ЦСМП);
- 28 Регионални здравни инспекции (РЗИ) ;
- 5 Национални центрове (НЦ);
- 31 Домове за медико-социални грижи за деца в неравностойно социално положение (ДМСГД);
- 12 лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ (ДПБ);

- 4 центъра по хемотрансфузиология (РЦТХ),
- Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ),
- Изпълнителна агенция по трансплантация (ИАТ),
- Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК),
- Център „Фонд за лечение на деца” (ЦФЛД),
- Център „Фонд за асистирана репродукция” (ЦФАР),
- Изпълнителна агенция „Медицински одит” (ИАМО)

Отчетените разходи на ВРБК към 31.12.2012 г. са общо в размер на 244 162.9 хил. лв., от които текущи разходи – 237 467.5 хил. лв. и капиталови разходи – 6 659.4 хил. лв.

С най-голям относителен дял са отчетените към 31.12. 2012 г. разходи на ЦСМП – 90 664.7 хил. лв., следвани от разходите, отчетени от РЗИ – 42 396.9 хил. лв.

Отчетените разходи на ДМСГД към 31.12.2012 г. са общо в размер на 32 991.1 хил. лв.

Разходите, реализирани за стационара психиатрична помощ, осъществявана от ДПБ са в размер на 21 823.1 хил. лв.

Отчетените разходи от РЦТХ са в размер на 5 972,0 хил. лв., от Националните центрове – 15 477.4 хил.лв.

Отчетените разходи към 31.12.2012 г. на останалите второстепенни разпоредители с бюджетни кредити са общо в размер на 34 837.7 хил. лв., включващи:

- ИАЛ - 4 225.9 хил. лв.;
- НЕЛК - 1 105.0 хил. лв.;
- ИАТ - 482.6 хил. лв.;
- ЦФЛД - 10 606.5 хил. лв.;
- ЦФАР - 17 316.3 хил. лв.;
- ИАМО - 1 101.4 хил. лв..

Отчетените разходи от ВРБК за периода 01.01-31.12.2012 г. представляват 50.85% от общо отчетените разходи на МЗ.

Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики (таблица 5).

Таблица 5. Разходите по политики и програми (по бюджета на ПРБК) 2010-2012 г.

Политики и програми	Отчет 2010 г. (в хил. лв.)	Отчет 2011 г. (в хил. лв.)	Отчет 2012 г. (в хил. лв.)
Политика в областта на ПРОМОЦИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ	93 705.4	113 843.7	112 772.3
Програма 1 „Здравен контрол”	19 219.8	21 504.90	27 284.8
Програма 2 „Профилактика на незаразните болести”	9 205.6	9 019.8	8 630.9
Програма 3 „Профилактика и надзор на заразните болести»	60 151.9	77 944.7	74 517.9
Програма 4 „Вторична профилактика на болестите”	3 644.7	3 625.2	0
Програма 5 „Намаляване търсенето на наркотици”	1 483.4	1 848.1	2 338.7
Политика в областта на ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	348 222.8	497 067.3	345 060.9
Програма 6 „Извънболнична помощ”	4 845.9	3 058.1	3 641.3
Програма 7 „Болнична помощ”	91 817.4	244 429.3	137 462.3
Програма 8 „Диспансери”	15 697.8		
Програма 9 „Спешна медицинска помощ”	76 903.5	84 102.4	110 053.2
Програма 10 „Трансплантация на органи, тъкани и клетки”	3 298.4	4 067.1	4 782.9
Програма 11 „Осигуряване на кръв и кръвни съставки”	12 115.8	16 150.1	14 106.5
Програма 12 „Медикосоциални грижи за деца в неравностойно положение”	30 893	33 418.7	32 991.1
Програма 13 „Експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност”	6 689.9	7 480.2	6 130.8
Програма 14 „Хемодиализа”	49 913.9	62 209.1	0
Програма 15 „Интензивно лечение”	55 648.8	42 152.3	35 892.8
Политика в областта на ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	141 099.0	94 745.4	12 752.5
Програма 16 „Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия”	141 099.0	94 745.4	12 752.5
Програма 17 „Администрация”	7 857.2	12 442.9	9 531.6
Общо разходи на ПРБК	590 794.4	718 099.3	480 117.3

Чрез програмите на Политика „В областта на промоцията, превенцията и контрол на общественото здраве” МЗ финансира дейностите, свързани със здравния контрол, контрола на заразните болести и осигуряване на ваксини и серуми, в изпълнение на Имунизационния календар на Р. България.

В рамките на тази политика се реализират и дейностите, финансирани от безвъзмездната помощ по реда на Споразумението с Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария.

Разходите по политиката през 2012 г. са 112.8 млн.лв. и бележат незначително намаление спрямо 2011 г., като най-голям е относителният дял на разходите за ваксини и имунопрофилактика.

В рамките на програмите на Политика „В областта на диагностиката и лечението“ са финансирани дейностите, осъществявани от държавните психиатрични болници, центровете за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология и домовете за медико-социални грижи за деца в неравностойно положение от 0 до 3 години и дейностите по трансплантация на тъкани, органи и клетки.

В рамките на политиката са включени средствата за предоставените субсидии за лечебните заведения за болнична помощ в размер на 130 273.7 хил. лв., с които са заплатени медицински дейности: оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния; интензивно лечение и амбулаторно проследяване (диспансеризация) и стационарно лечение на пациенти с кожно-венерически заболявания; амбулаторно проследяване и стационарно лечение на пациенти с психични заболявания; амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на пациенти с активна туберкулоза; продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания; лечение на пациенти с инфекциозни заболявания; високотехнологични дейности с национално значение; отпих и лечение на ветераните от войните; медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК; дейността на Националния раков регистър и др.

В разходите се включва и дейността на Комисията за лечение на български граждани в чужбина, Център „Фонд за лечение на деца“, който осъществява дейности, свързани с организационно и финансово подпомагане на български граждани на възраст до 18 години, които се нуждаят от диагностични и лечебни процедури, за които няма условия за извършването им в страната, лечение на редки заболявания, трансплантация на стволови клетки при хематологични заболявания и Фонд „Асистирана репродукция“ за финансово подпомагане на български граждани с репродуктивни проблеми.

Разходите по политика „В областта на диагностиката и лечението“ намаляват значително – от 497.1 млн. лв. през 2011 г. на 345.1 млн. лв. през 2012 г. в резултат на прехвърлянето на част от медицинските дейности към Националната здравноосигурителна каса.

В рамките на Политиката „В областта на лекарствените продукти и медицинските изделия“ през 2012 г. са осигурени лекарствени продукти и медицински изделия, за пациенти със СПИН, туберкулоза и психически и поведенчески зависимости. За изпълнението на дейностите по политиката в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия през 2012 г. от бюджета на МЗ са изразходвани 12.8 млн.лв.

Общият размер на разходите по всички политики за централна доставка на лекарствени продукти, консумативи, биопродукти, медицински изделия, 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 болни страдащи от тежки хронични и социално значими заболявания, е 52.3 млн. лв., в т.ч:

- Лекарствени продукти за скъпоструващо лечение, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване – 8 531.8 хил. лв.;
- Биопродукти (ваксини и специфични серуми) – 37 881.0 хил. лв.;
- Радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори – 1 600.7 хил. лв.;
- Медицински изделия за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки – 4 274.8 хил. лв.;

Разходваните през 2012 г. средства за лекарствени продукти, медицински изделия и консумативи бележат значително намаление спрямо 2011 г., когато те са

били 164.0 млн.лв., което е свързано с прехвърлянето на функции и дейности, които са от обхвата на здравното осигуряване към Националната здравноосигурителна каса.

Чрез бюджета на МЗ се извършват и разходите по национални програми, приети с решения от МС, свързани с превенция, профилактика и лечение на значими заболявания, определени като национални здравни приоритети.

През 2012 г., чрез бюджета на Министерството на здравеопазването, са финансирани общо 9 национални програми, като разходите за тях са в размер на 6.8 млн. лв., докато през 2011 г. са финансирани 8 национални програми, при размер на разходите 7.4 млн. лв. Основната част от тези средства са за лекарства и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания и психосоциална рехабилитация:

- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България – 151.5 хил. лв.;
- Национална програма за развитие на трансплантацията на стволови клетки – 120.5 хил. лв.;
- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции - 2 407.6 хил. лв.;
- Национална стратегия за борба срещу наркотиците – 350 хил. лв.;
- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в Република България - 1 359.0 хил. лв.;
- Национална програма за действие по околна среда и здраве 2008-2013 г., - 208.5 хил. лв.;
- Национална програма на Република България за готовност за грипна пандемия -125.7 хил. лв.;
- Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства – 270.0 хил. лв.;
- Национална програма за редки болести 2009-2013 г - 1907.9 хил. лв.

Отчетените към 31.12.2012 г. разходи за международни програми са в размер на 18 775.9 хил. лв., като от тях за текущи разходи – 12 824.5 хил. лв. и за капиталови разходи – 5 951.4 хил. лв.

Най-голям дял в размера на отчетените разходи имат програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария - общо разходи в размер на 13 979.0 хил. лв., по програми:

- Програма «Превенция и контрол на ХИВ/СПИН в България», финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария . Отчетените разходи са в размер на 6 016.3 хил. лв.;
- Програма «Подобряване на контрола на туберкулозата в България». Отчетените разходи към 31.12.2012 г. са общо 5 779.2 хил. лв.;
- Програма «Укрепване на контрола на туберкулозата в България» - 2 183.5 хил. лв.

Към 31.12.2012 г. са отчетени разходи за Международни програми, изпълнявани от второстепенните разпоредители с бюджетни кредити общо в размер на 4 796.8 хил. лв., от които за текущи разходи – 1 588.8 хил. лв. и капиталови разходи 3 208.0 хил. лв.

Финансиране от общинските бюджети

По общинските бюджети за функция “Здравеопазване” са отчетени разходи в размер на 137.7 млн. лв. или 102.0% от предвидените по разчетите към ЗДБРБ за 2012 г.

Отчетените текущи разходи за тази функция са в размер на 125.9 млн. лв., което е 109.6% (11.0 млн. лв. изпълнение) спрямо разчетените със закона и 95.8% спрямо отчетените към 31.12.2011 г. Превишението на отчетените средства спрямо закона се дължи на допълнително предоставените средства на общините от централния бюджет за пътните разходи на правоимащите болни, за изпълнение на чл. 34, ал. 1 на Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза за работоспособността и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, както и на преходни остатъци от предходната година.

Отчетените капиталови разходи по функцията са в размер на 11.8 млн. лв.

Разпределението на разходите във функция „Здравеопазване” по общинските бюджети е както следва:

- за делегирани от държавата дейности: в т.ч. текущи разходи - разчетените средства по закон са в размер на 95.2 млн. лв., а извършените разходи са 88.1 млн. лв. или 92.5%. Изпълнението е 97.2% спрямо отчета за 2011 г. Тук се отчитат разходите за заплатите и осигурителните вноски на персонала в детските ясли и детските кухни, разходите за здравни кабинети в детските градини и училища, здравни медиатори, пътни разходи на правоимащи болни, средствата за командироване на експертите от ТЕЛК от друга община. По отчетни данни за 2012 г. общините са дофинансирани държавните дейности със собствени приходи общо в размер на 2.0 млн. лв.; капиталови разходи - отчетени са 4.2 млн. лв. (в т.ч. 0.6 млн. лв. дофинансирани)

- за местни дейности: в т.ч. текущи разходи - отчетени са текущи разходи в размер на 35.8 млн. лв., което е 182.4% (16.2 млн. лв.) спрямо закона и намаление с 8.2% спрямо отчетените за 2011 г. Увеличението на разходите спрямо закона се дължи основно на отчетените субсидии за болнична помощ, които не са предвидени по закон. Тук се включват разходите за издръжка на детските ясли и детските кухни и средствата по решение на общинския съвет за осъществяване на болнична помощ за дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване или програми; капиталови разходи - отчетените разходи са в размер на 8.2 млн. лв.

На фона на задържащото се ниво на публични разходи за здравеопазване през последните години, се наблюдава нарастваща задължнялост на лечебните заведения в болничния сектор.

Общата задължнялост на болничните лечебни заведения по данни на МЗ към края на 2012 г. е около 360 млн. лв., като просрочените задължения са 148 млн., което е почти 1/2 от всички задължения (таблица 6). Тази тенденция на поддържана задължнялост продължава в последните 10 години и не намира правилното икономическо и политическо решение.

Таблица 6. Просрочени задължения на ЛЗБП по години (в хил.лв.)

Година	2009	2010	2011	2012	31.01.2013
Общо просрочени задължения на лечебните заведения за болнична помощ	123 912	163 570	166 560	143 188	147 857

Източник: МЗ

При анализа на разходите на лечебните заведения за болнична помощ по видове (таблица 7) се вижда, че основният дял на разходите заемат тези за заплати на персонала, лекарства и консумативи. Трябва да се отбележи обаче, че при по-задълбочен анализ по видове лечебни заведения (нива на компетентност) разходите за

заплати в националните и университетските болници е с 5% по-нисък от този в областните и с 10% по-нисък от общинските. В същото време разходите за лекарства и консумативи е в обратна прогресия – в университетските болници е по-висок със средно 10% от този в областните и с 15% спрямо общинските. Това показва, че в болниците с по-ниски нива на компетентност се лекуват по-леки случаи, като основните разходи се отделят за труд.

Таблица 7. Разпределение на разходите по видове и по години

Разходи по вид	2011 г.	2012 г.
Разходи за храна	2.58%	2.44%
Разходи за лекарства	28.63%	29.49%
Разходи за материали, горива и енергия	6.49%	5.57%
Текущ ремонт	1.06%	0.53%
Постелочен инвентар и работно облекло	0.12%	0.06%
Капиталови разходи	0.10%	0.16%
Разходи за външни услуги	6.89%	7.42%
Разходи за амортизация	5.56%	5.70%
Заплати на персонала	35.68%	35.93%
Допълнителни възнаграждения и плащания на персонала	2.45%	2.60%
Осигуровки за сметка на ДОО	5.01%	4.55%
Здравноосигурителни вноски	1.87%	2.06%
Вноски за ПО	0.84%	0.82%
Фонд гарантирани вземания за работници и служители	0.01%	0.01%
Фонд трудова злополука и професионални болести	0.17%	0.19%
Разходи за данъци, такси и други подобни плащания	0.55%	0.60%
Други разходи	1.96%	1.85%
Учебни и научно изследователски разходи	0.03%	0.01%

Източник: НЦОЗА

Задържането на общите разходи за здраве като % от БВП на фона на нарастващите здравни потребности в резултат на влошеният здравно-демографски статус, висока задлъжнялост на болничните заведения и навлизането на нови и скъпоструващи технологии, ще окаже съществено влияние върху функционирането на системата.

3.4. Човешки ресурси

В лечебните и здравни заведения от системата на здравеопазване към 31.12.2012 г. на трудов договор работят 121 375 души, което съставлява 5.5% от всички 2 220 070 наети лица по данни на НСИ³⁴.

Броят на практикуващите на основен трудов договор лекари е 28 643, което е увеличение с 0.8% спрямо предходната 2011 г., когато техният брой е бил 28 411 лекари (приложения – таблица 27). Осигуреността с лекари през 2012 г. се увеличава – от 38.8‰ на 10 000 души през 2011 г. на 39.3‰ и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 31.5 на 10 000) (приложения – таблица 28).

Лекарите по дентална медицина са 6 706, спрямо 6 655 за 2011 г.

³⁴ Статистическа панорама 2011 г. НСИ www.nsi.bg

Броят на специалистите по здравни грижи са 47 806 (приложения – таблица 27). От тях 32 059 са медицински сестри, които се увеличават спрямо 2011 г., когато техният брой е бил 31 609.

Увеличава се и броят на работещият на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения друг персонал с немедицинско образование от 37 378 през 2011 г. на 38220 души през 2012 г.

И през 2012 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ. Осигуреността с лекари по области варира, като е най-висока в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници - от 50 на 10 000 души в Плевен; 44.8‰ за София-град и 45.2‰ във Варна и до 25.9‰ в област Разград и 26.0‰ в област Кърджали.

От всички работещи в страната 28 643 лекари през 2012 г., 5833 (20.4%) работят в лечебните заведения в София-град. Над половината от работещите лекари в страната (52.3%) са концентрирани в 6 области - София-град, Пловдив (10.9%), Варна (7.5%), Стара Загора (4.9%), Плевен (4.6%) и Бургас (4.1%) (приложения – таблица 29).

Към 31.12.2012 г. най-голям е броят на общопрактикуващите лекари в първичната извънболнична помощ - 4 900 или 17.1% от всички практикуващи лекари в страната. В структурата на лекарите-специалисти по специалности най-голям дялът на практикуващите по специалностите Хирургия - 1 464 (5.1%) и Анестезиология и интензивно лечение - 1455 (5.1%). След тях с относително еднакъв дял са лекарите-специалисти по Акушерство и гинекология -1 395 (4.9%), Детски болести - 1 426 (5.0%) и Вътрешни болести - 1 388 (4.8%).

Осигуреността с лекари по дентална медицина също нараства през 2012 г. на 9.2 на 10 000 души, при показател за ЕС – 6.6‰, като варирането на показателя е от 14.4 ‰ в Пловдив и 12.9‰ в София-град до 5.2‰ за София област и 5.2‰ за области Търговище и Разград.

Показателят за брой население на 1 лекар в България намалява до 254 души, а на 1 лекар по дентална медицина до 1086 души.

През 2012 г. известно увеличение се наблюдава и при осигуреността със специалисти по здравни грижи, която през 2011 г. е 64.7 и нараства до 65.6 на 10 000 души през 2012 г. Териториалното разпределение на специалистите по здравни грижи е по-балансирано.

Възрастовата структура на медицинските специалисти остава неблагоприятна, като увеличаващата се средна възраст увеличава риска от дефицит при пенсиониране на поколенията.

Данните показват, че и през 2012 г. утвърдените места за студенти по „медицина“ са повече от местата за студенти по специалност „медицинска сестра“, въпреки приетото за оптималното съотношението медицински сестри:лекари минимум 2:1 (621 места за студенти по медицина при едва 471 места за медицински сестри) което показва, че образователната ни система не отговаря на този дисбаланс, дори създава условия за неговото задълбочаване.

Отрицателният баланс между броят на медицинските специалисти на входа и на изхода на системата на системата на здравеопазването е трайна тенденция, която води до осезаем дефицит на медицински кадри, особено в икономически по-слабо развитите региони на страната.

Освен на регионално ниво, съществени проблеми се установяват и по отношение на осигуреността с медицински персонал в отделни сектори на бюджетна издръжка – центрове за спешна медицинска помощ, центрове по трансфузионна хематология, държавни психиатрични болници, регионални здравни инспекции, като

основните причини са свързани с ниските нива на заплащане и ограничените възможности за кариерно развитие.

Едновременно с това са налице сериозни затруднения в процеса на специализация на медицинските кадри. Системата на специализация на лекарите бе нарушена и нейното възстановяване ще продължи още няколко години, като постигане на необходимите резултати по осигуряване на лекари специалисти ще бъде основен проблем в следващия период.

Предприетите през последните години нормативни промени от страна на МЗ за защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение, на този етап не водят до съществено подобрене на процеса на следдипломно обучение на медицинските специалисти. И през 2012 г. утвърденият брой места за специализанти от Министерството на здравеопазването значително надхвърля броя на кандидатите за такова обучение с цел осигуряване на възможност за професионално развитие на всички медицински специалисти.

Без съществени резултати остава и системата за продължаващо обучение в здравеопазването.

3.5. Лечебни заведения

3.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ

Към 31.12.2012 г. по данни на РЗИ и НЦОЗА в Република България са осъществявали дейност 3 798 лечебни заведения за първична медицинска помощ (таблица 2).

Лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ през 2012 г. се увеличават с 10 броя спрямо 2011 г., като преобладава като форма на организация на работа индивидуалната практика – 3 575 индивидуални практики за първична медицинска помощ, което съставлява 94 % от функциониращите практики.

През 2012 г., РЗОК са сключили 4 025 договора с изпълнители на ПИМП, от които 3 777 - с индивидуални практики и 248 - с групови практики, като общо 4 613 общопрактикуващи лекари (ОПЛ) са работили по договор с НЗОК през 2012 г.

За сравнение, броят на договорите през 2011 г. са били общо 4 058, от които 3 809 с индивидуални практики и 249 с групови практики за ПИМП.

Най-голям е броят на сключените договори в София-град – 652, Пловдив – 402, Варна – 289, а с най-малък Търговище – 41 и Разград – 53.

От всички договори за 2012 г., 966 са с практики в населени места с неблагоприятни условия за работа в тях, техният брой през 2011 г. е бил 841, т.е. наблюдава се увеличение с 125 броя.

Към 31.12.2012 г. 1032 ОПЛ са работили в населени места с неблагоприятни условия (най-много в Пловдив – 59 и Варна – 57, а най-малко в София-град – 5, Сливен 11 и Габрово 11).

През 2012 г. осигуреността на 10 000 ЗЗОЛ с ОПЛ средно за страна е 6.13%, докато през 2011 г. тя е 7.45%. Най-висок е този показател в области Плевен – 8% и Добрич – 7%, София-град и Стара Загора – 6%, а най-нисък в области Кърджали – 4%, Разград – 4% и Търговище - 5%.

През 2012 г. средно за страната един общопрактикуващ лекар е обслужвал средногодишно 1 636 ЗЗОЛ спрямо 1 617 ЗЗОЛ през 2011 г. Най-висок е броят на обслужените лица за областите София-град– 1 267 737 и Пловдив – 713 339, а най-нисък за областите Видин – 106 990 и Силистра – 121 795.

През 2012 г. общопрактикуващите лекари на територията на страната са извършили общо 2 308 233 броя профилактични прегледи на здравноосигурени лица

над 18 годишна възраст, при 2 155 246 броя през 2011 г. Налице е увеличение с 152 987 бр. (7.1%).

Средно за 2012 г. един общопрактикуващ лекар е извършил средно по 500 профилактични прегледа, или средномесечно по 41.6 профилактични прегледа. Най-голям брой прегледи са отчетени в София-град (344 465), Пловдив (294 848), Варна (121 783). Най-малък брой са отчетени в Силистра (14 244), Перник (29 477) и Габрово (29 657). През 2012 г. са извършени 259 хил. имунизация на лица над 18 годишна възраст съгласно Имунизационният календар на Република България

През годината ОПЛ са извършили 28 506 броя инцидентни посещения на ЗЗОЛ от друг здравен район. За сравнение през 2011 г. са били 28 551. Най-висок е броят на инцидентните посещения в област Бургас (5 265), Благоевград (4 313) и Варна (2 419), а най-нисък в Разград (20), Кърджали (79) и Габрово (82), като се запазва традиционно ниския дял на този вид посещения в изброените райони.

Налице е намаление на обхванатите ЗЗОЛ в диспансерно наблюдение при ОПЛ. За 2012 г. броят на диспансеризираните при ОПЛ лица е 1 261 866 (16.7% от всички регистрирани при ОПЛ здравноосигурени лица), докато през 2011 г. техният брой е бил 1 552 835 (20.5%). Най-голям е броят на диспансеризираните лица при ОПЛ в области София – град (182 208), Пловдив (124 718) и Варна (87 135) и най-малък в области Силистра (16 821), Кърджали (19 593) и Смолян (19 636).

Диспансерните прегледи на ЗЗОЛ при ОПЛ за периода на 2012 г. са били 3 405 352, налице е увеличение от 9.5% спрямо брой прегледи по диспансерно наблюдение през 2011 г. - 3 110 055.

През 2012 г. продължава тенденцията на намаляване броя на включените ЗЗОЛ по програма „Майчино здравеопазване“, които са били 1 402, както и намаление на броя прегледите по програма „Майчино здравеопазване“ в сравнение с 2011 г., като намалението е с 33.9%. Основна причина за това е, че по-голямата част от бременните предпочитат да бъдат наблюдавани по програма „Майчино здравеопазване“ от специалист „Акушерство и гинекология“. Едва 3,7 % от бременните са избрали изпълнител на ПИМП, да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване“.

Общият брой на ЗЗОЛ през 2012 г., включени в програма „Детско здравеопазване“, е 1 110 233, при 1 121 020 през 2011 г., т.е. налице е намаление с 10 787. Най-голям е броят им в област София-град (182 521), Пловдив (106 108) и Варна (74928), а най-малък в области Видин (12 638), Габрово (14 682) и Смолян (15 823).

Намалява и броят на извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ, като за възрастта от 0 до 1 година намалението е с 3.5%. При възрастовите групи от 1 до 2 г., от 2 до 7 г. и от 7 до 18 г. броят на профилактичните прегледи са с лека динамика спрямо 2011 г., като при профилактичните прегледи във възрастовата група от 7 до 18 г. се наблюдава понижението с 2.7% спрямо 2011 г.

През 2012 г. са извършени 1 130 хил. **имунизации** като дейност по програма „Детско здравеопазване“. Показателят имунизации, извършени на лица под 18 години, през 2012 г. като цяло за страната бележи спад с 3.7% спрямо 2011 г. Най-висок е в областите София-град (195 848), Пловдив (115 626) и Варна (72 343), а най-нисък в областите Видин (11 753), Габрово (14 202) и Смолян (15 210).

Извънболнична дентална помощ

Към 31.12.2012 г. по данни на РЗИ и НЦОЗА в Р. България са осъществявали дейност 5 346 лечебни заведения за първична дентална помощ (таблица 2)

Лечебните заведения за първична извънболнична дентална помощ през 2012 г. се увеличават с 232 броя спрямо 2011 г. (5 114), като преобладава като форма на

организация на работа индивидуалната практика – 5046 регистрирани практики, което съставлява 94% от функциониращите практики.

Броят на регистрираните практики за специализирана дентална помощ са 76 индивидуални практики и 1 групова практика. Броят на денталните и медико-денталните центрове е 82.

През 2012 г. НЗОК е сключила общо 5 794 броя договори с изпълнители на дентална помощ, от които 5 354 с индивидуални практики за първична извънболнична дентална помощ, 323 с групови практики за ПИДП, 40 с индивидуални практики за специализирана извънболнична дентална помощ, 2 с групови практики и 75 с дентални и медико-дентални центрове.

За сравнение, през 2011 г. договорите с изпълнители на дентална помощ са били общо 5 737 броя - увеличение с 1%.

Най-голям брой договори през 2012 г. са сключени в области: София - град (1196 индивидуални практики и 62 групови практики за първична дентална помощ; 5 индивидуални практики за специализирана дентална помощ и 27 дентални медико-дентални центрове) и Пловдив (715 индивидуални практики и 40 групови практики за първична дентална помощ; 8 индивидуални практики за специализирана дентална помощ и 8 дентални и медико-дентални центрове), а с най-малък брой договори в област Търговище (55 индивидуални практики и 4 групови практики за първична дентална помощ) и Разград (9 индивидуални практики и 4 групови практики за първична дентална помощ)

Общият брой лекари по дентална медицина, работили по договор с НЗОК през 2012 г. е 6 461 и не се променя спрямо 2011 г. (6 466).

През 2012 г. в страната 10 000 здравноосигурени лица са обслужвани средно от 8.25 дентални лекари, изпълнители на първична дентална помощ и 0.31 дентални лекари, изпълнители на специализирана дентална помощ, като най-голяма осигуреност с изпълнители на първична дентална помощ има в София-град (12.18), Пловдив (12.15) и Перник (10.35), а най-малка в Търговище (4.88), Разград (4.91) и Силистра (5.50). За сравнение, през 2011 г. в страната 10 000 здравноосигурени лица са обслужвани средно от 7.8 дентални лекари, изпълнители на ПИДП.

За 2012 г. от договорните партньори на НЗОК по дентална помощ са отчетени 350 420 прегледи на деца до 18-годишна възраст. Най-голям е този брой в област София - град (55 924) и Пловдив (40 670), а най-малък в област Силистра (4 708) и Ямбол (5 030). През 2011 г. техният брой е бил 340 209. Налице е увеличение с 10 211 броя прегледи (ръст 3%). Средномесечно един дентален лекар е извършил около 4.5 броя прегледи.

Най-голям дял от извършените дейности при деца до 18 години заемат обтурациите – 59%, следвани от лечение на пулпит на постоянен зъб – 23%. За сравнение през 2011 г. отново най-голям дял от извършените дейности заемат обтурациите – 57%, следвани от лечение на пулпит на постоянен зъб – 25%.

Отчетените обтурации през 2012 г. са 683 442 броя, докато през 2011 г. техният брой е бил 645 492 - увеличение с 37 950 броя обтурации (ръст 5.9%).

Лечение на пулпит или периодонтит при деца до 18 години е осъществено в 194 014 случая, на временен и постоянен зъб. През 2011 г. техният брой е бил 191 021 - увеличение с 2 993 броя лечение на пулпит или периодонтит (ръст 1.6%).

Извършените екстракции на временен и постоянен зъб с анестезия през 2012 г. е 117 298 броя. През 2011 г. техният брой е бил 117 882 - намаление с 584 броя екстракции (отрицателен ръст от 0.5%).

Отчетените прегледи на лица над 18-годишна възраст със снемане на зъбен статус – в т.ч. еднократен допълнителен преглед за бременни са 1 455 877. През 2011 г. техният брой е бил 1 413 827 - увеличение с 42 050 броя прегледи (ръст 3.0%).

Обтурациите с амалгама или химичен композит са 1 914 012 броя. През 2011 г. техният брой е бил 1 839 140 - увеличение с 74 872 броя обтурации (ръст 4.1%).

През 2012 г. са отчетени и 582 398 екстракции на зъб с анестезия. През 2011 г. техният брой е бил 583 841 (отрицателен ръст 0.2%).

3.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2012 г. специализираната извънболнична медицинска помощ в страната се осъществява от 3 928 лечебни заведения, от които: 121 диагностично-консултативни центъра, 575 медицински центъра, 33 медико-дентални центрове, 149 групови практики за специализирана медицинска помощ, 3050 индивидуални практики на лекари-специалисти.

С най-голям брой разкрити лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ са София-град и областите Пловдив и Варна.

През 2012 г. РЗОК са сключили договор с общо 3 389 броя договори с лечебни заведения, изпълнители на специализирана извънболнична медицинска помощ, в т.ч. 2 335 са с индивидуални практики, 134 с групови практики, 117 с диагностично-консултативни центрове (ДКЦ), 459 с медицински центрове (МЦ), 26 с медико-дентални центрове (МДЦ), 243 с медико-диагностични лаборатории (СМДЛ).

Най-голям брой договори са сключени в област София-град – 450 и Пловдив – 254, а най-малък в област Габрово – 45 и Пазарджик – 46.

За сравнение през 2011 г. са сключени общо 3 357 договори с лечебни заведения за СИМП, като от тях 2 317 са с индивидуални практики, 128 – с групови практики, 117 – с ДКЦ, 438 – с МЦ, 25 – с МДЦ, 246 – с СМДЛ.

През 2012 г. средномесечно по договор с НЗОК работят 8 626 специалисти, докато през 2011 г. те са били 8 486 специалисти. Голяма част от посочените като работещи в лечебни заведения за извънболнична помощ лекари са болнични специалисти, които осъществяват дейност и в извънболничната помощ, или специалисти, работещи в повече от едно лечебно заведение.

Най-голямо увеличение на броя на специалистите, работещи по договор с НЗОК се отчита в област Бургас - увеличение с 5.4% през 2012 г. спрямо 2011 г., а в РЗОК Благоевград и РЗОК Силистра увеличението е с 5.1%. В област Перник по този показател се отчита спад с 8%, Търговище с 4.4% и Кюстендил с 3.1%.

На 10 000 ЗЗОЛ през 2011 г. се падат 13.5 специалисти, а през 2012 г. – 13.9 специалисти. Най-висока осигуреност на ЗЗОЛ със специалисти има в Габрово – 18.1 на 10 000 ЗЗОЛ, София град и Плевен – 17.3. Най-ниска осигуреност на ЗЗОЛ със специалисти има в Ямбол – 9.8 на 10 000 ЗЗОЛ, Кърджали – 9.7 и Разград – 9.3.

През 2012 г. се запазва тенденция за увеличаване обема на първичните и вторичните прегледи, извършени на ЗЗОЛ в извънболничната медицинска помощ. За периода изпълнителите на СИМП са реализирали общо 13 000 010 броя прегледи (8 379 338 първични и 4 620 672 вторични), докато през 2011 г. те са били 12 620 441, т.е. налице е увеличение с 379 569 броя (ръст около 3%). Значително по-голямо е това увеличение в големите областни центрове, където има по-добра осигуреност със СИМП - София град, Пловдив и Варна.

Средномесечният брой първични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2012 г. е 96 прегледа (за 2011 г. този показател е 92 прегледа).

Структурата на първичните посещения по пакети през 2011 и 2012 г. е сравнително постоянна, като Първичните прегледи по пакети “Кардиология”,

“Офталмология”, “Педиатрия”, “Неврология” и “АГ” съставляват над 54% от първичните прегледи през 2012. Известен спад се наблюдава на първичните посещения при „Кардиолог” и „Офталмолог” за 2012 г. спрямо 2011 г.

Наблюдава се увеличение и при броя на извършените първични и вторични прегледи на ЗЗОЛ до 18 години през 2012 г. Първичните са 1 180 488 през 2012 г. спрямо 1 138 965 през 2011 г., а вторичните са 832 265 през 2012 г. спрямо 793 185 през 2011 г., като увеличението съответно е с 4.1% за първичните и 4.9% вторичните.

През 2012 г. достъп на деца до 18 г. до специалисти по Педиатрия и профилните педиатрични специалности, е улеснен поради възможността ОПЛ да издава направления за консултация със специалист по „Педиатрия” и профилните педиатрични специалности при остри състояния извън въведената регулация. И тук се наблюдават съществени регионални различия, като средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ (от всички възрастови групи) е 9.7 прегледа (9.1 прегледа през 2011 г.). През 2012 г. този показател е най-висок в Благоевград – 22.8 прегледа, Пазарджик – 17.4 и Видин – 17, а най-нисък в Ямбол – 2.3, РЗОК Перник – 2.9 и София град – 4.5 прегледа на 1 000 ЗЗОЛ.

На всеки 100 първични прегледа са извършени 62.9 вторични прегледа, през предходната година на 100 първични са извършени 62.7 вторични прегледа. Този показател през 2012 г. е най-висок в Ловеч – 84.2 прегледа, Сливен – 78.4 и Шумен – 75.8 а най-нисък в Пловдив – 57.1, Кърджали – 57.2 и Бургас – 58.9 прегледа.

Средномесечният брой вторични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2012 г. е 58 прегледа (за 2011 г. е 60 прегледа).

При първичните и вторични прегледи при специалисти по „Хирургия“ и „Ортопедия и травматология“ прави впечатление високия брой прегледи, отчитани през 2012 г. в областите София - град (168 987), Пловдив (87 901) и Варна (62 315) за първичните, а за вторичните прегледи - областите София град (75 943), Пловдив (36 769) и Благоевград (32 260). Съотношението между вторични (456 211) и първични (884 121) прегледи през 2012 г. е 0.5 вторични на един първичен преглед.

През 2012 г. броят на първичните диспансерни прегледи е 151 449 (през 2011 г. е 192 142), т. е. наблюдава се спад от 21.2%. Това се дължи на факта, че първоначалната диспансерна регистрация при специалист, вече е обхванала по-голямата част от ЗЗОЛ, тъй като този показател отразява само новодиспансеризираните лица. Обратна е тенденцията при броя на вторичните диспансерни прегледи, където се наблюдава ръст от 6.1% през 2012 г. спрямо 2011 г. В областите София град (800 569), Пловдив (433 107) и Варна (311 114) броят вторични диспансерни прегледи е най-висок, а най-нисък е в областите Търговище (77 647), Кърджали (71 634) и Разград (65 137).

По показател брой прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ от специалист АГ, се наблюдава спад от 5.4% през 2012 г., спрямо 2011 г., като през 2012 г. първичните прегледи са били 75 359, а през 2011 г. - 79 645. Една от причините за това намаление е намаляване на броя бременни, спрямо общото население. По-голям спад на показателя се наблюдава в областите Видин (664), Габрово (762) и Смолян (988), а повече отчетени прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ от специалист АГ има в София- град (12 299), Пловдив (7 522) и Варна (6 557). Върху стойностите на показателя влияе също и срока на бременността, в който жените се регистрират при специалиста по АГ.

При показателя профилактични прегледи от специалист по „Детски болести“ по програма „Детско здравеопазване“ се наблюдава увеличение с 6.1% по отношение извършени и отчетени профилактични прегледи от 35 008 през 2011 г. на 37 149 през 2012 г. В областите Търговище, Сливен, Русе и Пазарджик през периода на 2012 г. не

са извършени и отчетени профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“ от специалисти по „Детски болести“. Най-голям брой извършени и отчетени профилактични прегледи по програмата има областите Благоевград (4 833), Бургас (4 404) и Варна (4 072).

При прегледите, извършени по повод ЛКК през 2012 г. 338 051 броя се наблюдава ръст от 16.7%, в сравнение с 2011 г., когато броят им е бил 289 647.

При показателя брой процедури по физиотерапевтични курсове през 2012 г. се наблюдава увеличение с 3.8%, спрямо 2011 г. За сравнение през 2012 г. броят извършени и отчетени процедури по физиотерапевтични курсове е 217 414, а през 2011 г. е 209 500. Най-много процедури по физиотерапевтични курсове са отчетени в областите София град (50 841), Пловдив (25 613) и Варна (17 092). Отчетеният обем пряко зависи от осигуреността със специалисти по „Физикална и рехабилитационна медицина“ в съответната област.

През 2012 г. са извършени и отчетени 581 629 броя високоспециализирани дейности, което е с 20.9% повече спрямо броят им 481 163 през 2011 г. Продължава да се отчитат най-много ВСМД в областите София град (91 146) Пловдив (62 164) и Варна (49 615). Най-малък брой високоспециализирани дейности, са извършени и отчетени в областите Кюстендил (5 922), Търговище (6 005) и Силистра (8 271). През 2012 г. се наблюдава увеличение на броя извършените и отчетени Ехокардиографии с 48.1%, Доплерсонографии с 3.3%, Диагностична и терапевтична пункция на става и Електромиографии с 2.5% в сравнение с 2011 г. През 2012 г. се наблюдава намаление на броя на извършените и отчетени Електроенцефалографии с 2.2%, в сравнение с 2011 г. Областите, в които се отчита най-висок брой на тези ВСМД са София град, Пловдив, Варна и Бургас.

Във връзка с жалби и сигнали от физически и юридически лица Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е извършила проверки на общо 79 лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ. Най-често поставените проблеми касаят неудовлетвореност от качеството на предоставената медицинска помощ; нарушени права на пациентите и нерегламентирани плащания. В жалбите са визирани и въпроси относно затруднен достъп до медицинско обслужване и морално-етични проблеми от компетентността на етичните комисии на РК на БЛС.

Най-често констатираните нарушения при извършените проверки са слабости в организацията и управлението на лечебния процес; нарушения, свързани с неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти и нарушения, свързани с неспазване правата на пациентите, в т.ч. неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинското обслужване.

Медико-диагностична дейност (МДД)

През 2012 г. са извършени медико-диагностични изследвания по пакет „Клинична лаборатория“ 16 634 639 броя, а през 2011 г. - 15 924 300. Изследванията по пакет „Микробиология“ през 2012 г. са 614 329, а през 2011 са 593 402 броя. Отбелязва се ръст в потреблението в сравнение с 2011 г., съответно с 4.5% по пакет „Клинична лаборатория“ и с 3.5% по пакет „Микробиология“. През 2012 г. най-голямо е потреблението по тези пакети в областите София град, Пловдив и Варна. По отношение на високоспециализираното изследване „PSA“ – туморен маркер от пакет „Клинична лаборатория“, включен в обема на профилактичния преглед от ОПЛ за мъже на и над 50 г. се регистрира спад с 17.5% в броя на извършените изследвания от този вид през 2012 г., в сравнение с 2011 г. ВСМДИ за „PSA“ се назначава и извършва един път на две години.

През 2012 г. са извършени и отчетени 1 371 015 броя медико-диагностични изследвания по пакет „Образна диагностика“, а през 2011 г. броят им е бил 1 429 582, регистрира се спад от 4.1%. За високоспециализираното медико-диагностично изследване „Мамография на двете млечни жлези“ през 2012 г. се наблюдава спад с 14.1% в сравнение с 2011 г. За сравнение през 2012 г. са извършени 175 744 изследвания, а през 2011 г. - 204 685 изследвания. Най-малък е броят на извършени мамографии в областите Разград (1508), Силистра 1574 и Шумен (1955), а най-висок в областите София град (33 721), Пловдив (25 553) и Варна (9 558). По отношение на високоспециализираното диагностично изследване от пакет „Образна диагностика“ „Компютърна аксиална или спирална томография“ (КАТ) през 2012 г. са извършени 56 985 бр., а през 2011 г. - 56 681, като се наблюдава незначително завишение с 0.53%. Най-голям е броят на извършени „КАТ“ в областите София град (10 465), Пловдив (7 303) и Варна (4 277) .

През 2012 г. в НЗОК са реализирани общо 1 107 377 броя медицински направления за консултация и съвместно лечение със специалист, 477 628 броя медицински направления за високоспециализирана медицинска дейност и 2 827 323 броя медицински направления за медико-диагностична дейност, назначени от специалист.

Потреблението на медико-диагностични дейности и през 2012 г. се регулираше чрез действието на механизми за определяне и разпределението на направленията на базата на регионалните потребности (посредством определяне на прогнозната стойност на всеки изпълнител за МДД).

3.5.3. Болнична медицинска помощ

По данни на НСИ и НЦОЗА, към 31.12.2012 г. болничният сектор в страната включва 312 лечебни заведения за болнична помощ, от които 220 са публична собственост (държавна и общинска, в т.ч. и 21 болници към други ведомства) и 92 са частна собственост, което формира смесена публично-частна система за болнична помощ. Освен тях през 2012 г. стационарна дейност осъществяват и други лечебни заведения, възникнали чрез преобразуване на бившите диспансери – 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 8 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар. С това общият брой на заведенията, осигуряващи болнично лечение е 339, при 344 болничните заведения (в т.ч. бивши диспансери) през 2011 г.

През 2012 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат с 45 726 болнични легла. Броят на разкритите легла в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗС) е 2 582, с което общият брой на леглата в болничния сектор достига 48 308. Налице е увеличение на болничните легла пряко предходната 2011 г. с 917 легла или 1.9% (приложения – таблица 30).

Осигуреността на населението с болнични легла през 2012 г. нараства на 66.3 на 10 000 души при стойности на показателя през 2011 г. 64.7 на 10 000 души.

В структурата на публичните лечебни заведения за болнична помощ през 2012 г. доминират многопрофилните болници – 114 (при 120 през 2011 г.) или 57.3%, следвани от специализираните болници – 73 (при 76 през 2011 г.) или 36.7%. Специфичен дял в структурата на болничните заведения заемат 12 държавни психиатрични болници - 6.0%.

През 2012 г. общият леглови фонд в публичните болници намалява от 35 785 през 2011 г. на 35 105 легла, от които 71.0% в структурата на многопрофилните болници (24912 легла), 22.1% в специализирани болници (7755 легла) и 6.9% (2438 легла) в заведенията за стационарна психиатрична помощ. Броят на леглата в

специализирани лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация се увеличава незначително в сравнение с 2011 г. от 4 000 на 4 055 легла, което формира относителен дял от 11.6% от общия публичен леглови фонд.

Броят на леглата в частните болници през 2012 г. се увеличава от 5799 на 6916 легла (19%) в 42 многопрофилни, 45 специализирани болници за активно лечение и 5 болници за продължително лечение и рехабилитация, което съставлява 15% от болничния леглови фонд.

В структурата на леглата в болничния сектор към 31.12.2012 г. по видове (в съответствие с използваната в Евростат статистическа групировка) най-голям относителен дял – 75.4% имат леглата за активно и интензивно лечение, което формира осигуреност на населението 46.2 на 10 000 души на базата на 33641 легла (приложения – таблица 31).

Леглата за дългосрочна грижа са 1007 (2.2%) при ниска осигуреност на населението – 1.4 на 10 000 души. Леглата за физиотерапия и рехабилитация са 5178 (11.6%) при осигуреност 7.1 на 10 000 души.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла и структура на легловия фонд. С най-висока осигуреност с болнични легла на 10 000 души през 2012 г. са област Ловеч – 81.1, Пловдив – 79.3, Кюстендил – 75.4, Стара Загора – 74.5. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол – 33.9 на 10 000 души, Видин – 36.9, Силистра – 37.7.

Над половината от общия болничен леглови фонд (52.6%) е концентриран в 7 области - София-град (20.1%); Пловдив (10.6%), Стара Загора (4.9%); Варна (4.9%), Пазарджик (4.4%), Бургас (4.1%), Плевен (3.6%), и София област (3.5%).

През 2012 г. през стационарите на лечебните заведения в страната са преминали 1 897 217 болни, което е с 79 087 (4.5%) повече от преминалите през 2011 г. Общият брой на хоспитализираните случаи (изписани и умрели) през 2012 г. е 2 040 666 при 1 961 177 през 2011 г.

Честотата на хоспитализациите продължава да нараства от 26.6 през 2011 г. до 27.9 хоспитализации на 100 души от населението през 2012 г. и надвишава средните стойности за Европейския регион 18.36.

През 2012 г. през публичните лечебни заведения са преминали 1 520 021 болни при 1 501 167 болни за предходната година (ръст от 18854 души или 1.2%) Преминалите болни през частните лечебни заведения се увеличават от 316 963 през 2011 г. на 377 196 болни (ръст от 60 233 души или 19%). В резултат на това само за 1 година относителния дял на публичния сектор в структурата на хоспитализираните болни намалява от 82.5% на 80.1%), а дялът на частния сектор се увеличава от 17.5% на 19.9%).

В лечебните заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация са преминали 120 933 болни, формиращи относителен дял на хоспитализациите в тези болници 6.4%, което е ръст с 1.6% спрямо предходната година..

През 2012 г. от всички хоспитализирани случаи, хоспитализациите в лечебните заведения на София-град са 474024 (23.2% от всички случаи през годината), област Пловдив – 291015 (14.3%), Варна – 116391 (5.7%), Бургас - 94864 (4.6%), Пазарджик 90839 (4.5%) и Стара Загора - 80621 (4%). Тези 6 области са осигурили болнично лечение общо на 56.2% от болните през 2012 г.

Броят на проведените леглодни през 2012 г. нараства незначително спрямо ръста на хоспитализациите - от 10 526 538 през 2011 г. на 10 555 667.

Средният престой на 1 болен намалява от 5.8 на 5.6 дни, като за легла за интензивно лечение – 3 дни; легла за активно лечение – 4.8 дни и легла за долекуване, продължително лечение и рехабилитация 8.4 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 3.6 дни.

Използваемостта на леглата през 2012 г. общо за сектора остава ниска – 256 дни, като най-ниска е в частните болници – 204 дни. Използваемостта на леглата в публичните многопрофилни болници за активно лечение е 266 дни, а в специализираните болници за активно лечение – 278 дни. (приложение – таблица 32)

Броят на лечебните заведения, сключили договор с НЗОК през 2012 г., е 361 спрямо 352 през 2011 г. От тях: за дейност по клинични пътеки договори са сключили 347 лечебни заведения, от които 168 многопрофилни болници, 85 специализирани болници, 16 диспансера, 24 медицински центрове, 7 диагностично-консултативни центрове, 25 болници за рехабилитация, 17 болници за долекуване и продължително лечение и 5 хосписа. Спрямо 2011 г. броят на сключените договори по клинични пътеки е увеличен с 10 договора.

Общият брой на договорите за дейност по високоспециализирани медицински дейности на лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения от специализирана извънболнична помощ с разкрити легла е 37, от които 10 с многопрофилни болници, 4 специализирани болници, 7 комплексни онкологични центъра, 4 медицински центъра, 12 диагностично-консултативни центъра. Спрямо 2011 г. броят на договорите за дейност по ВСД е намален с 1.

През 2012 г., предвид финансирането от страна на НЗОК на нови дейности по клинични процедури, заплащани до 2012 г. от МЗ, са сключени общо 87 договора, от тях 67 договора с многопрофилни болници, 11 договора със специализирани болници, 7 с комплексни центрове и 2 медицински центъра.

Общо сключените договори с изпълнители на болнична медицинска помощ през 2012 г. са 471 и спрямо 2011 г. този показател е увеличен с 96 договора, 87 от които са за нови дейности по клинични процедури.

Сключените през 2012 г. договори за изпълнение на болнична медицинска дейност по отделни видове дейности са 17 208 сключени договори за изпълнение на отделни клинични пътеки, 315 сключени договори за изпълнение на отделни клинични процедури, 45 договора за изпълнение на отделни високоспециализирани медицински дейности

Най-голям брой сключени договори по клинични пътеки са в областите София - град – 3 210, Пловдив – 1 921 и Варна - 887. Само в тези области са договорени максимален обем болнични дейности, докато в останалите области не е осигурен на регионално ниво пълният пакет от болнична помощ. С най-малък брой договори по отделни клинични пътеки и процедури са областите Перник – 164, Видин – 183 и Ямбол – 264.

Общият брой на хоспитализациите, заплатени от НЗОК през 2012 г. е 1 832 806, което формира относителен дял от 90% от всички случаи на хоспитализация през годината (2 040 666). Общия брой регистрирани здравноосигурени лица за 2012 г. е 6 210 292. През 2011 г. общият брой хоспитализации е 1 729 060, т.е наблюдава се увеличение през 2012 г. с 103 746 бр. или 6% спрямо 2011 г.

Броят преминали ЗЗОЛ по КП в лечебните заведения за болнична помощ през 2012 г. е нараснал с 3.9%, спрямо 2011 г., съответно от 1 186 295 ЗЗОЛ през 2011 г., на 1 232 611 ЗЗОЛ през 2012 г.

Относителният дял на лицата, получили направление за хоспитализация на 100 ЗЗОЛ средно за страната, е 29.2%. Най-високи стойности на показателя са отчетени в

област Пазарджик (40.1%), Пловдив (38.1%), Монтана (37.7%), Враца (35.6%) и Сливен (34.1%).

Най-голям е броят на хоспитализациите, заплатени от НЗОК на лечебните заведения в София град – 445 880 и най-малък - в РЗОК Видин – 13 331.

Средният болничен престой, отчетен при хоспитализации, заплатени от НЗОК, за 2012 г. е 5.14 дни, като най – голям е за Перник - 5.98 дни и най-малък е за Ямбол - 4.40 дни.

Отчетените случаи на рехоспитализирани пациенти по една и съща клинична пътека в рамките на 30 дни за страната, през 2012 г. са 5 975 броя, като най-голям е техният брой в София - град (1 891), Пловдив (1 278) и София – област (442), а най-малък в Перник (8), Видин (23) и Ямбол (23).

Предвид свободния достъп на ЗЗОЛ до изпълнителите на болнична медицинска помощ, през 2012 г. са регистрирани 364 449 случая на лица, избрали да проведат лечението си в лечебни заведения от други области. Пренасочванията са основно към София град – 160 761, Пловдив – 53 222, Варна – 29 397, Плевен – 18 648, Стара Загора – 13 562 и Бургас 11 630.

Следва да се отбележи и фактът, че от общия брой издадени направления за хоспитализация, най-голям дял от пациенти, потърсили медицинска помощ в ЛЗ за болнична помощ на територията на същата област се пада на София град – 95.3%, следват Пловдив – 94.4%, Варна – 91.7%, Плевен – 86.7%, Русе – 82.8% и Търговище – 81.5%. Тенденцията по този показател се запазва спрямо предходната година.

В същото време най-голям дял от пациентите, получили направление за хоспитализация по място на регистрация и потърсили медицинска помощ в друг регион, е от София област – 50.8%, следвана от Перник – 49.9% и Видин – 40.3%.

Десетте клинични пътеки, за които най-голям брой ЛЗБП са сключили договори по НРД 2012 г. за медицинските дейности са: „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 функционален клас без механична вентилация“, „Ритъмни и проводни нарушения“, „Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика“, „Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст“, „Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност при лица над 18 години“, „Оперативни процедури върху апендикс“, „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство“, „Оперативни процедури при хернии“, „Конвенционална холецистектомия“, „Животозастрашаващи инфекции на меките тъкани - хирургично лечение“.

Най-голям брой отчетени случаи по клинични пътеки на национално ниво за 2012 г. се наблюдава за следните клинични пътеки:

КП № 52 „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 функционален клас без механична вентилация“ от 79 583 броя през 2011 г. на 87 499 броя през 2012 г. (увеличение с 1% спрямо 2011 г.);

КП № 244 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ от 55 219 броя през 2011 г. на 68 095 броя през 2012 г. (увеличение с 2.3% спрямо 2011 г.);

КП № 7 „Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“ от 53 084 броя през 2011 г. на 66 583 броя през 2012 г. (увеличение с 2.5% спрямо 2011 г.);

КП № 141 „Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение“ – съответно 59 481 броя през 2011 г. и 58 618 броя през 2012 г. (намаление с 0.2%, спрямо 2011 г.).

КП № 298 „Системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години с минимален болничен престой 2 дни“ – съответно 66 066 броя през 2011 г. и 55

386 броя през 2012 г. (намаление с 1.6%, спрямо 2011 г., тъй като част от пациентите са лекувани в рамките на клинична процедура „Системно лекарствено лечение при злокачествени заболявания“).

По отношение на данните за преминали ЗЗОЛ по съответните пакети медицински специалности през 2012 г., спрямо 2011 г. се наблюдават следните тенденции:

През 2012 г. при медицинската специалност по пакет „Кардиология“ продължава да се отчитат най-много преминали ЗЗОЛ – съответно 202 437 броя през 2012 г. и 194 579 броя през 2011 г. - увеличение за 2012 г. с 4.04%, спрямо 2011 г.

На второ място по брой преминали ЗЗОЛ е медицинската специалност по пакет „Пневмология и фтизиатрия“ с преминали ЗЗОЛ 182 144 броя през 2012 г. и 181 954 броя през 2011 г. - увеличение за 2012 г. с 0.1%, спрямо 2011 г.

На трето място по брой преминали ЗЗОЛ е медицинската специалност по пакет „Акушерство и гинекология“, при която броя преминали ЗЗОЛ през 2012 г. е 164 053 броя, а през 2011 г. е 160 255 броя - увеличение за 2012 г. с 2.4%, спрямо 2011 г.

Следват медицинските специалности по пакети „Неврология“, „Хирургия“ и „Гастроентерология“, при които преминалите ЗЗОЛ през 2012 г. са се увеличили спрямо 2011 г., съответно с 7.2%, 6.3% и 13.2%.

През 2012 г. НЗОК финансира дейностите, които през 2011 г. са били заплащани от МЗ, по клинични процедури „Хронично хемодиализа“, „Перитонеална диализа с апарат“, „Перитонеална диализа без апарат“, „Диализно лечение при остра бъбречна недостатъчност“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени заболявания“, „Диспансерно наблюдение при злокачествени заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“ и „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане със или без прилагане на сурфактант“.

Отчетените случаи по клинични процедури на национално ниво през 2012 г. е 605 929 броя, а броят преминали ЗЗОЛ по клинични процедури е съответно 74 936 ЗЗОЛ.

Общият брой заплатени от НЗОК процедури по хемодиализа през 2012 г. е 478 116 броя, а процедурите за лечение и проследяване на пациенти с онкологични заболявания са 127 621 броя. Относително малък е броят на заплатените процедури за интензивно лечение за новородени - 192 броя.

Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е извършила през 2012 г. 135 проверки на лечебни заведения за болнична медицинска помощ във връзка с постъпили жалби и сигнали от физически и юридически лица. И в болничната медицинска дейност най-често се констатират нарушения в организацията и управлението на лечебния процес; неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти; неспазване правата на пациентите и качество на медицинското обслужване.

Медицински изделия (импланти) използвани при лечение в ЛЗБП

Отчетеният през 2012 г. брой поставени медицински изделия (импланти) и стойността на извършената дейност за 2012 г. се увеличава с близо 4 663 хил.лв. и с 2 955 поставени медицински спрямо 2011 г., когато са отчетени 40 705 импланта на обща стойност 58 408 550 лв. изделия (увеличение с 7.2%).

Дейност с медицински изделия през 2012 г. са отчетели общо 83 лечебни заведения за болнична медицинска помощ спрямо 75 през 2011 г.

На ниво видове медицински изделия най-много са поставени съдови стентове – 28 075 броя или 64.2% от всички медицински изделия. Следват ставна протеза за

тазобедрена става 6 052 броя или 13.8% и постоянен кардиостимулатор – 3 102 броя или 7.1%.

Осъществените *високоспециализираните дейности* от ЛЗ за болнична помощ и ЛЗ за СИМП с разкрити легла през 2012 г. 16 976 при 17 100 за 2011 г..

Най-голям брой ВСМД са отчетени в РЗОК София град – 46.0% или 7 813 броя, следвана от РЗОК Пловдив – 27.1% или 4 595 броя и РЗОК Плевен – 5.4% или 911 броя.

В структурата по видове изследвания най-голям относителен дял заема „Костна сцинтиграфия” – 53.6% или 9 107 броя, „Сцинтиграфия на щитовидна жлеза” – 12.0% или 2 031 броя и „Надпрагова аудиометрия - тимпанометрия и импедансметрия” – 7.1% или 1 203 броя. Тенденциите спрямо 2011 г. се запазват.

В сравнение с 2011 г. се наблюдава тенденция в посока увеличение на разходите за ВСМД с 60 хил.лв. или 6.7% при намаление на броя на отчетените ВСМД с 128 броя или 0.7%, което се дължи на увеличените цени на някои видове ВСМД и лимитирането на диагностичните дейности.

Психиатрична мрежа

През 2012 г. финансирането на психиатричната помощ, в т.ч. амбулаторно проследяване и стационарно психиатрично лечение на болни с психични заболявания се осъществява изцяло от МЗ.

Дейността се осъществява в 3 вида лечебни заведения – 12 Държавни психиатрични болести (ДПБ), 12 Центрове за психично здраве (ЦПЗ) и 20 Многопрофилни болници за активно лечение с разкрити психиатрични отделения. Финансирането на държавните психиатрични болници като второстепенни разпоредители с държавни кредити се осъществява чрез бюджет, определен на исторически принцип, който не е пряко обвързан с обема на осъществяваната дейност, докато финансирането на дейностите, осъществявани от ЦПЗ и МБАЛ като търговски дружества се осъществява чрез субсидия, формирана на база отчетен обем дейност. Различният начин на финансиране, обусловен от различната юридическа форма води до известно диверсифициране на стационарната психиатрична помощ, осъществявана в различните видове лечебни заведения.

Общият брой на леглата в ДПБ, ЦПЗ и МБАЛ с психиатрични отделения е 4312. От тях 2438 (57%) са в държавните психиатрични болници, 1358 (31%) са в централите за психично здраве и 504 (12%) в психиатрични отделения към МБАЛ.

Общият брой преминали болни през психиатричните стационари през 2012 г. е 41 150, като от тях 45% са преминали в централите за психично здраве, 28% в многопрофилните болници за активно лечение и 27% в държавните психиатрични болници. Това съотношение се определя от краткосрочното и активно лечение, каквото се осъществява в централите за психично здраве и многопрофилните болници и по-дългия срок на лечение в държавните психиатрични болници, където провежда лечение на лица с психични разстройства с хронично протичане и лица, настанени за задължително лечение, което предполага и по-дълъг срок на лечение. Продължава тенденцията към пренасочване на потока пациенти от традиционните институционални звена като държавните психиатрични болници към структури в близост до общността – центрове за психично здраве и многопрофилни болници за активно лечение. Това може да се интерпретира като повишена интензивност на лечебния процес там, но е възможно да е резултат и от различния начин на финансиране на тези стационари (на преминал болен) което мотивира по-ранното изписване на болните.

Общият брой на болните, провеждащи амбулаторно наблюдение в специализирано психиатрично заведение през 2012 г. по данни на МЗ е 109 186, от

които 101445 провеждат наблюдение в центрoвете за психично здраве и многопрофилните болници и 7741 - в държавни психиатрични болници.

Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост:

Към края на 2012 г. в страната функционират 31 програми за лечение с агонисти и агонист-антагонисти с общ капацитет 5 171 лечебни места, от които 4 681 за лечение с Метадон хидрохлорид, 460 за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 30 места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид (приложения – таблица 33). Общо заетите места към дата 31.12.2012 г. са 3 445, от които 3 302 на лечение с Метадон хидрохлорид и 143 на лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол), няма заети места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид.

Общият брой на заетите места за лечение в тези програми в края на 2012 г. е 3 445, като 2 825 от тях са заети от мъже, а 620 от жени. Разпределението по възрастови групи е представено на таблица 34 от приложенията. Програмите са разположени на територията на 14 градове.

Общият брой на на ХИВ - серопозитивните лица за 2012 г., които са на лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти е 137 души.

В програмите лечение с опиев агонисти и агонисти – антагонисти за 2012 г. на лечение са и 280 пациента носители на вирусен хепатит “В”, носители на вирусен хепатит “С” са 1953, сифилис е установен при 68 пациенти, 19 пациенти с туберкулоза.

Психосоциалната рехабилитация и ресоциализация на лица зависими към наркотични вещества се осъществява в 11 програми в градовете – Варна, Добрич, Пловдив, Русе, София и София област. Програмите са разкрити към лечебни заведения и към организации с нестопанска цел, регистрирани като доставчици на социални услуги, от тях:

- 5 Дневни рехабилитационни програми към лечебни заведения, от които 3 програми към центрове по психично здраве в градовете Добрич, Пловдив и Русе, 1 рехабилитационна програма към „АГПСМП - Център за психично здраве - Варна” ЕООД, 1 дневна рехабилитационна програма към ДПБЛНА – гр. София.

- 6 програми, изпълнявани от организации с нестопанска цел, регистрирани като доставчици на социални услуги.

Трансплантации

През 2012 г. са извършени общо 19 органни трансплантации, в т.ч. 13 бъбречни трансплантации, от тях 9 трансплантации на бъбрек от жив донор и 4 трансплантации на бъбрек от трупен донор; 2 сърдечни трансплантации; 4 чернодробни трансплантации, от тях 2 трансплантации на черен дроб от трупен донор и 2 – от жив донор. Трупните донори през 2012 г. са два - от УМБАЛ „Св. Георги” ЕАД Пловдив и МБАЛ „д-р Стефан Черкезов” АД, гр. В.Търново. Донорите на органни трансплантации са представени на таблица 35 от приложенията.

Броят на пациентите, които персонално се следят в пострансплантационния период, към края на 2012 г., е 600 човека.

Извършени са общо 434 трансплантации на тъкани и клетки. Извършените костно-мозъчни трансплантации са 102 от които 84 автоложни и 18 алогенни трансплантации, както и 2 трансплатации на костен мозък.

Извършените трансплантации на роговици през 2012 г. са 118.

Увеличава се броят на присадените през тъкани и клетки от трупен донор, в т.ч. част от кост – 32; спонгиоза – 52; шпан – 3, сухожилие – 2 и алогограф продукти – 4.

Дейностите по асистирана репродукция през 2012 г. са завършили с 1068 раждания на едно дете, 263 раждания на близнаци и 11 раждания на повече от 2 деца.

Трансфузионна хематология

Трансфузионната система в България се състои от 5 самостоятелни специализирани лечебни заведения – 1 национален център по трансфузионна хематология (НЦТХ) и 4 регионални центъра по трансфузионна хематология (РЦТХ) в Пловдив, Плевен, Стара Загора и Варна – второстепенни разпоредители с бюджетни кредити към МЗ. Освен тях функционират 23 отделения по трансфузионна хематология към многопрофилни болници за активни лечение, 56 лаборатории към болнични заведения и 1 структура по трансфузионна хематология към ВМА.

В националната трансфузионна система работят общо 781 медицински и немедицински специалисти, в т.ч. 146 лекари (от които 78 са със специалност „Трансфузионна хематология“), 201 медицински сестри и 178 медицински лаборанти, концентрирани основно в НЦТХ и РЦТХ.

Тенденцията на увеличаване на броя на кръводарителите през последните 5 години е значима, като през 2012 г. са дарени 2596 единици кръв повече в сравнение с 2011 г. (приложения - таблица 36). Увеличава се броят на кръводарителите във възрастта между 31-40 години и 41-50 години. През 2012 г. значително се увеличава и броят на кръводарителите, дарили за първи път – 39.2%.

През 2012 г. са организирани и реализирани различни инициативи за стимулиране на кръводаряването, в т.ч. 139 акции за кръводаряване – 15 в министерства и ведомства, 96 в предприятия, фирми и организации, 15 в поделенията на МВР и 13 в училища, 100 студентски кампании за кръводаряване, 6 акции сред религиозни общности, както и съвместни акции в партньорство с неправителствени организации.

През 2012 г. се наблюдава значимо увеличение на общият брой на имунохематологичните и вирусологичните изследвания на дарената кръв в центровете по трансфузионна хематология, както и на изследванията за наличие на антиеритроцитни антитела и на изследванията на дарителите за кръвногруппова принадлежност към други еритроцитни антигенни системи.

Имунохематологичните изследвания на пациенти и бременни жени през 2012 г. също са със значимо повишен брой.

Дарената през 2012 г. кръв в страната е общо 158 576.2 литра, в т.ч. 73 773.6 литра без консервант и 84 802.6 литра с консервант. 99.43% от дарената кръв през годината е преработена в 165 372 единици (Е) (през 2011 г. са диагностицирани и преработени 155 000 единици) и е фракционирана в кръвни компоненти.

През 2012 г. са извършени кръвопреливания на 55 228 пациенти в 139 лечебни заведения в страната.

Изтеглени от употреба са 472.9 литра кръв (0.6% от общата кръв), от които 362.7 литра поради трансмисивни инфекции, 80.3 литра поради технологични причини и 2.9 литра поради изтекъл срок. Изтеглените от употреба поради трансмисивни инфекции, положителен скрининг на антитела или изтекъл срок на годност кръвни съставки са 1176.4 литра еритроцитен концентрат, 269.1 литра плазма без лабилни фактори на кръвосъсирването, 490.5 литра прясно замразена плазма, 35.2 литра тромбоцитен концентрат от цяла кръв.

През 2012 г. лечебните заведения са съобщили 91 нежелани трансфузионни реакции, без сериозни усложнения и с добър изход.

През 2012 г. са извършени 30 818 изследвания за контрол на кръвта и кръвните съставки.

3.5.4. Спешна медицинска помощ

През 2012 г. структурата на системата за спешна медицинска помощ остава постоянна и включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 филиала (ФСМП), осъществяващи дейността на територията на съответната административна област.

Определената щатна численост на ЦСМП е 6781 щатни бройки, като средногодишната щатна численост през 2012 г. е 6525 (97,7 %).

В рамките на осигурената щатна численост са формирани 354, от които 87 реанимационни екипа, 267 екипа за първа помощ, от които лекарски екипи – 141 и долекарски екипи 126. Освен тях функционират 35 транспортни екипи и 167 стационарни екипи.

Обемът на осъществяваната от ЦСМП дейност през 2012 г. бележи леко увеличение, като броят на постъпилите повиквания нараства от 780 285 през 2011 г. до 796 037 през 2012 г.

Изпълнените повиквания през 2012 г. са 774 458, при 690363 (по данни на ЦСМП) през 2011 г., като запазват тенденция да съставляват около 98% от общият брой на постъпилите повиквания. Относителният дял на повикванията, при които не е открит адрес или лице, както и на отказ от повикване за спешна медицинска помощ е нисък (1,7 %).

В структурата на повикванията по причина най-голям относителен дял имат повикванията за спешна медицинска помощ –85% (655 804 повиквания), следвани от повикванията за специализиран медицински транспорт – 4 % (34 764), като последните бележат почти двукратно намаление спрямо предходната година.

Като неспешни са определени 83 890, които формират относителен дял от 11 % и са увеличени спрямо предходната година (70 287 или 9 % от всички изпълнени повиквания за 2011 г.). Следва да се отчете липсата на критерии и протоколи за триаж на постъпилите повиквания и диференциране на техният спешен характер.

Обслужените лица над 18 годишна възраст през 2012 г. са 661 619 (при 697 696 през 2011 г.), като от тях на 583 763 е оказана спешна медицинска помощ, а на 77 856 – медицинска помощ.

Броят на обслужените деца до 18 години е 78 075 (82 534 за 2011 г.), от тях на 72 041 е оказана спешна медицинска помощ. От всичките обслужени деца 26 582 са били хоспитализирани по спешност (при 28 108 през 2011 г.).

През 2012 г. се запазва тенденция за осъществяване на голям брой амбулаторни прегледи, осъществени във филиалите извън областните центрове, като за годината те са 582904 при 571882 за 2011 г., т.е. са съизмерими с броя на осъществените от тези структури спешни повиквания и в голямата си част са по повод състояния и медицински проблеми, които не могат да бъдат определени като спешни.

И през 2012 г. почти 50% от дейността на ЦСМП е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които следва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ и не са обект на системата за спешна медицинска помощ.

Средната натовареност на 1 екип през 2012 г. бележи увеличение и е 3.1 повиквания на 12 часово дежурство, срещу 2.9 за 2011 г. като се наблюдават значителни различия в натовареността на отделните центрове за спешна медицинска помощ. Най-висока натовареност на 1 екип е налице в ЦСМП-София град – 9.1 повиквания, като същевременно се наблюдава и увеличени спрямо предходната година (за 2011 г. – средна натовареност на 1 екип – 7.4 повиквания). Следващия най-висок показател за натовареност е отчетен в ЦСМП-Пловдив – 4.3 повиквания през 2012г.

Най-малка натовареност са отчетили ЦСМП-Ловеч и ЦСМП-Смолян – по 2,0 повиквания. Останалите ЦСМП са отчетили следна натовареност между тези показатели.

Специализираният медицински транспорт, осъществен от ЦСМП включва транспорт на републикански и районни консултанти – 777 бр., специализиран транспорт на кръв, кръвни продукти и др. – 24777, осъществен транспорт на болни от/между лечебни заведения – 14242 бр., осъществени транспорти със санитарна авиация – 6 бр. и осъществен транспорт на български граждани от чужбина – 15 бр.

ЦСМП все още осъществяват и несвойствени дейности като транспорт на кръвни проби за алкохол и упойващи вещества, транспорт на починали за съдебномедицинска експертиза и др.

През 2012 г. като специфична функционална част от системата за спешна медицинска помощ осъществяваха дейност и 35 Спешни отделения към многопрофилни болници за активно лечение. Броят на обслужените в тях лица със спешни състояния леко намалява спрямо 2011 г. от 1 179 226 души на 1 119 269, но остава съизмерим с обслужените спешно болни в системата на ЦСМП (приложения – таблица 37). Осъществяваната от тези лечебни заведения спешна медицинска помощ се явява основен буфер в системата на здравеопазването, гарантиращ своевременен достъп до медицинска помощ. През 2012 г. през системата на ЦСМП и спешните отделения на болниците са преминали общо 2 496 265 души, което е 34 % от общото население на страната, т.е. всеки трети български гражданин през 2012 г. е ползвал системата за спешна медицинска помощ за решаване на здравен проблем.

3.6. Специализирани програми

Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИН - 2008-2015 г. и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария

От държавния бюджет се отделят средства за безплатна диагностика и лечение на всички болни от СПИН и туберкулоза, независимо от техния здравно- и социално-осигурителен статус и се гарантира сигурността на всяка единица дарена кръв. В изпълнение на дейностите по програмата се регистрира: задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната - под 1% през 2012 г.; задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. - под 1%.

През 2012 г. е надграден управленския, административния и изпълнителския капацитет за превенция на ХИВ в здравния, социалния и неправителствения сектор на национално и общинско ниво чрез: функциониране на 28 пилотни функционални звена за превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и сексуално предавани инфекции към РЗИ; функциониране на 1 национално звено към НЦЗПБ и 12 регионални звена за второ поколение епидемиологичен надзор на ХИВ; поддържане на изградената мрежа от 19 кабинета за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС); изграждане и функциониране на 9 местни обществени комитети по СПИН. Обучени са 1 535 лица, ангажирани в дейности по превенция на ХИВ/СПИН;

През 2012 г. проучвания за интегриран биологичен и поведенчески надзор на ХИВ сред групите в най-висок риск се провеждат в 5 области, а оперативно проучване с цел картографиране и определяне размера на групите в най-голям риск от ХИВ инфекция се провежда в 7 области.

През 2012 г. продължи предоставянето на нископрагови здравни и социални услуги на най-уязвими групи от населението в: 9 нископрагови центъра за инжекционно употребяващи наркотици, 8 здравно-социални центъра, базирани в ромска общност, 7 дневни центъра за предоставяне на услуги на проституиращи, 5

здравно-образователни центъра за предоставяне на превантивни услуги сред мъже, правещи секс с мъже, 4 кабинета за психо-социална подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН, 18 младежки клуба за обучение на връстници от връстници, поддържани от неправителствени организации, поддържането на мрежа от 19 кабинета за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС); 17 мобилни медицински кабинета към неправителствени организации за достигане на представителите на уязвимите групи. Със средства от Глобалния фонд се подкрепя функционирането на 3 нископрагови метадонови програми за инжекционно употребяващ наркотици в Пловдив, Пазарджик и София с общ капацитет 400 места. Достигнати с нископрагови здравни и социални услуги са 43 411 лица от уязвимите групи чрез екипите на над 50 неправителствени организации в 21 общини-областни центрове в страната.

Безплатно от Министерство на здравеопазването се предоставя съвременна антиретровирусна терапия (АРТ) на всички нуждаещи се с ХИВ/СПИН. Броят пациенти на АРТ към 31.12.2012 г. е 539 от общо 818 лица с ХИВ, регистрирани за проследяване в 5-те сектора за лечение на пациенти с ХИВ. Създаден е двумесечен резерв от антиретровирусни лекарства за лечение на живеещи с ХИВ и СПИН.

Национална програма за превенция и контрол на туберкулоза (2012-2015); Програма «Подобряване на контрола на туберкулозата в България» и Програма «Укрепване на националната програма по туберкулоза в България», финансирани от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария

В изпълнение на дейностите по националната програма през 2012 г. и в резултат на предоставяните услуги се регистрира: намаляване на заболеваемостта от туберкулоза от 40.1 на 100 000 през 2005 г. на 26.6 на 100 000 през 2012 г. по данни на НЦОЗА; запазване на висок процент на успех от лечението на новооткритите случаи с белодробна туберкулоза с положително микроскопско и/или културелно изследване - 86% (802/932) за пациентите, регистрирани през 2011 г.; задържане на висок брой на обхванатите контактни на болните с туберкулоза - 8 719 лица през 2012 г.

29 областни лечебни заведения осъществяват контрол на туберкулозата на областно ниво; назначени са 28 областни DOTS мениджъри за координиране на контрола и 94 медицински сестри за пряко наблюдение на лечението в продължителната фаза на болните с туберкулоза и насочване на контактните им.

През 2012 г. приключиха ремонтите на: сектора за лечение на туберкулоза в МБАЛ-Добрич АД, туберкулозния сектор на ПФО и преустройство на микробиологична лаборатория в МБАЛ „Д-р Никола Василиев” АД - гр. Кюстендил, отделението за лечение на психично болни мъже и жени с активна форма на туберкулоза в ДПБ Карвуна, помещения в СБАЛББ – Габрово ЕООД за създаване на сектор за болни с множествена лекарствена резистентност, отделение по белодробни болести и фтизиатрия във СБАЛЛС – Ловеч, детско отделение МДР в СБАЛББ „Св. София” – София, Национална референтна лаборатория по туберкулоза гр. София. Приключиха дейностите по проектиране, доставка и монтаж на вентилационна система за лабораторията в СБАЛББ „Св. София” – гр. София и в лабораторията в УМБАЛ „Д-р Георги Странски” ЕАД – гр. Плевен.

Поддържа се Националният регистър на пациентите с туберкулоза в съответствие с препоръките на СЗО и изискванията на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (ECDC).

Предоставени са безплатни средства за диагностика, лекарства за лечение на всички болни с туберкулоза и лекарства за профилактика на лицата с латентна туберкулозна инфекция; осигуряване на противотуберкулозни лекарствени продукти от първи ред за всички пациенти с туберкулоза;

Повишен е броят на обхванатите контактни на болните с туберкулоза - 8 692 лица през 2012 г.

Проведени са 4 национални кампании под мотото „Седмица на Отворени врати” във всички 28 административни области в страната, като са обхванати 11 994 лица, от които 7 578 са консултирани и прегледани от лекар. Диагностицирани са 176 лица с активна туберкулоза и 335 лица са насочени за химиопрофилактика

Успешно функционира секторът за лечение на пациенти с мултирезистентна туберкулоза към „СБАЛББ – Габрово” ЕООД. През 2012 г. стартира трета кохорта от 60 пациенти с MDR-TB (мултилекарствена резистентност) като към 31.12.2012 г. са включени 41 пациенти, а останали предстои да бъдат включени.

Общо 6 463 лица, лишени от свобода, са били скринирани за туберкулоза чрез анкета, проба на тест на Манту или рентгенологично изследване. От тях 971 са получили микроскопско изследване;

Обхванати са 23 661 лица от уязвимите групи (лица, инжекционно употребяващи наркотици; лица с алкохолна зависимост; ромска общност; деца на улицата; млади хора в риск; мигранти; бежанци и лица, търсеци убежище) чрез скрининг на риска от туберкулозна инфекция в резултат на съвместните дейности на лечебните заведения за диагностика и лечение на туберкулоза и неправителствените организации, които работят в 28-те области на страната. От тях 9 947 лица са получили медицинско изследване чрез микроскопско изследване, рентгенологичен преглед и туберкулинов кожен тест.

Национална програма за действие по околна среда – здраве 2008-2013 г.

За постигане целите на програмата през 2012 г. 28-те РЗИ са реализирали 18 пресконференции, 979 медийни изяви, от които 130 участия в ТВ предавания, 170 участия в радиопредавания, 173 информационни материала, публикувани в пресата, 451 публикации в интернет. Проведени са 78 семинара с 1647 участника, 4 курса с 25 участника, извършени са 23 проучвания, при които са обхванати 2788 лица, 65 анализа, проведени са 575 лекции и дискусии с 12 381 участника, 341 видеопоказа за 6173 участника, 74 масови прояви с 18 445 участника. Издадени са 89 заглавия в тираж 127 901 броя. Разпространени са 62 886 броя здравно-образователни и информационни материали.

НЦОЗА, съвместно с РЗИ в страната:

- са продължили наблюдението на природни води, използвани за целите на питейно-битовото водоснабдяване, които са в риск от замърсяване с устойчиви в околната среда форми на патогенни микропаразити; допълнена е информацията за качеството на нетретираните води на 18 водоизточника/пречиствателни станции за питейни води (ПСПВ) по отношение наличието на (oo)цисти;

- изготвена е програма за проучване на води за къпане, основана на категоризацията на зоните за къпане през сезони 2007-2011 г., изготвените профили и утвърдени добри практики в отделни европейски страни за оценка на потенциала за полиферация на макрофити и фитопланктон; извършен е първият етап от проучването, като през активния сезон за къпане са обследвани 15 зони по крайбрежието на Черно море;

- завършен е вторият етап от проучването за оценка качеството на въздуха в затворени помещения, като е създадена обща база данни в stata формат и подготовката ѝ за статистически анализ;

- извършено е проучване на състоянието на детския пътнотранспортен травматизъм в Европейския регион и в България, на добрите практики за неговото намаляване; отпечатана и разпространена е дигитална: „Да знаем как да опазим живота и

здравето на децата”; разпространени са нагледни информационни материали по безопасност на движението;

- подготвено е проучване с цел „Оценка на здравния риск за групи от населението с установена наднормена шумова експозиция” в район с вероятна наднормена експозиция на шум; извършена е оценка на здравния риск при деца от екологично застрашени райони;

- завършен е първият етап от проучванията, свързани с оценка влиянието на виртуалната среда върху подрастващите и състоянието на спортната база в учебни заведения в 12 населени места и е проведено анкета с родителите, преиздадени и разпространени са информационно-образователни материали: дигитална „Препоръки за оптимизиране на учебната среда и организацията на целеодневното обучение в училището”; листовка „Основни правила за лична хигиена на ученика от началната училищна възраст”; брошура „Грижи за личната хигиена на малкото дете (от раждането до седмата година)”; плакат „Полезно или вредно – зависи от теб”;

- завършен е подготвителният етап за провеждане на национално представително проучване по проблема пасивно тютюнопушене сред деца от предучилищна възраст, включващ: подготовка на национално-представителна извадка от 3000 деца, изготвяне на модел на въвеждане на данните за компютърната им обработка и актуализиране на българския вариант на въпросника ATS-DLD-78-C (детска компонента) на American thoracic Society, валидиран в страната посредством изследване на маркер за тютюнева експозиция (котинин в урината), разработена, отпечатана и изпратена в РЗИ е дигитална: „Защо моето дете?”;

- актуализирана, отпечатана и разпространена е брошурата „Новите безжични технологии ни свързват навсякъде. Къде сме ние в морето от електромагнитни лъчения?”; събрани са материали за някои от замърсителите на въздуха в затворените помещения.

През 2012 г. от Националния център по радиобиология и радиационна защита са реализирани дейности, свързани с:

- „*Оптимизиране на радиационната защита на персонала и на пациентите при медицински процедури под рентгенов контрол*”. Проведено е детайлно проучване при две процедури – утероскопия с интралуминална литотрипсия (URS) и перкутанна нефролитотрипсия (PCNL), за които проучаването през 2010-2011 г. показва, че са свързани с най-голямо лъчево натоварване. Извършено е измерване при 38 пациента. Изготвени са информационни материали: 3 нови информационни постера.

- „*Провеждане на контрол на нивата на радон в училищни сгради и детски градини, в които децата и подрастващите прекарват по-голяма част от времето си в район Кремиковци, гр. София. Формулиране на мерки за предотвратяване на експозицията на радон*”. Извършени са дългосрочни измервания на концентрацията на радон-222 с цел потвърждаване на резултатите от краткосрочните в 4 училища и 5 детски градини в общо 24 стаи за период около 6 месеца - резултатите са над референтните нива. Проведени са измервания за период от 1 месец за проверка на ефективността на проведените мерки в 24 помещения на 9 сгради. Направени са препоръки.

Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 г. (2009-2014 г.)

През 2012 г. са силанизирани зъбите на 14 620 деца на възраст от 6 до 8 години, общият брой на силанизираните зъби е 49 757, като 346 лекари по дентална медицина са извършили силанизирането. Обхванати са деца и в отдалечени от областните центрове населени места.

БЗС е организирал провеждането на 144 здравни беседи по профилактика на оралните заболявания в училища и детски градини във всяка от 28-те области на България, 13 кръгли маси; подготвени и отпечатани са два вида постери (плакати) в тираж по 9 000 от всеки вид, два вида дипляни, в тираж по 20 000 от всеки вид, изработен е и един видеоклип. Проведен е Годишен форум по профилактика и лечение на оралните заболявания, на който са изнесени и дискутирани данни от Националното епидемиологично проучване за установяване на състоянието на оралния статус на деца от три възрастови групи, както и резултати от проведеното безплатно поставяне на силанти на първите постоянни молари на деца от 6 до 8 годишна възраст.

Национален план за действие на инициативата „Десетилетие на ромското включване” 2010 – 2015 г.

През 2012 г. Министерство на здравеопазването предостави на регионални здравни инспекции 23 мобилни единици за извършване на профилактични прегледи и изследвания на български граждани, принадлежащи към етнически малцинства и такива със затруднен достъп, живеещи в отдалечени населени места.

В деветте области на страната с мобилните кабинети са извършени прегледи и консултации, имунизирани са деца с непълен имунизационен статус и са извършени клинични изследвания в райони с компактно ромско население. С наличните 4 мобилни акушеро-гинекологични кабинета са извършени общо 2 666 прегледа на жени от ромски произход, при 365 жени са диагностицирани заболявания. С 5-те мобилни кабинета за обща практика са направени 1 273 имунизации на деца с непълен имунизационен статус, а с 4-те мобилни педиатрични кабинета са извършени 2 390 прегледа на деца от ромски произход, при 656 деца са диагностицирани заболявания. С наличните 2 мобилни мамографски кабинета са направени 1 085 прегледа на жени от ромски произход, като при 330 са диагностицирани отклонения. С мобилните флуорографски кабинета са извършени 1 086 прегледа, от които при 234 са диагностицирани заболявания. С наличните 3 мобилни ехографски кабинета са направени 1 584 ехографски прегледа на лица от ромски произход, като при 494 са диагностицирани заболявания. С наличните 3 мобилни клинични лаборатории са извършени 1 641 изследвания, при 529 лица са диагностицирани отклонения.

Повишена е информацията на ромското население, като са проведени 46 обучения, 121 беседи и дискусии, 6 презентации и 3 работни срещи с подрастващи и млади хора, и с техните родители за начините за предпазване от нежелана и ранна бременност; за опасностите, които крият ранната бременност за майката и бебето; за родствениците и ранни бракове. Проведени са 258 беседи, 2 обучения и индивидуални разговори с младите майки за значението на имунизациите и мотивирането им за редовното им прилагане. Проведени са 23 разяснителни програми и 4 презентации за необходимостта от ваксиниране на населението със задължителните имунизации, като са обхванати 1 691 лица и са раздадени 2 434 здравнообразователни материали.

Подобрена е информираността на ромското население за здравноосигурителните им права и задължения, и за правата им като пациенти. Проведени са 33 разяснителни кампании, 12 беседи, 4 семинара и 1 обучение за значението на профилактичните прегледи сред ромското население. Организиран и проведен са 47 кампании, 56 беседи, 20 обучения, 2 семинара и са раздадени 950 здравнообразователни материали за запознаване с начините за предпазване от най-разпространените инфекциозни, онкологични, сърдечносъдови и наследствени болести. Проведени са 8 кампании, 1 692 беседи и лекции, 3 семинари, 38 видеопозази, 4 дискусии, 24 консултации и 64 обучения от медицински специалисти и медиатори за вредата от най-разпространените рискови фактори – тютюнопушене,

злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества, хипертония и за предимствата на здравословния начин на живот.

Дейности, насочени към предотвратяване употребата на тютюн и тютюневи изделия

През 2012 г. с изменение на Закона за здравето от 1 юни 2012 г. е въведена пълна забрана за тютюнопушене в закритите обществени места и на някои открити обществени места. За периода 01.06.2012 г. - 31.12.2012 г., от РЗИ в страната са извършени общо 128 698 броя дневни и нощни проверки на 123 316 обекта, в работни и почивни дни. Издадени са 1 698 броя предписания, съставени са 511 броя актове за констатирани нарушения и са издадени 392 броя наказателни постановления.

Сключено е споразумение между МЗ и Сдружение „България без дим“ за повишаване ефективността на контрола по ограничаване на тютюнопушенето, чрез сътрудничеството между доброволците от Сдружението и инспекторите от РЗИ.

Проведено е анкетно проучване на тема: „Нагласи на населението по отношение на пълната забрана на тютюнопушенето“, като са обхванати 6 905 пушачи и непушачи, от които 2 385 лица до 18 г., 3 799 лица в трудоспособна възраст и 421 лица над 65 г.

РЗИ са провели общо 3 кампании: кампания, посветена на Световния ден без тютюн на 31 май, кампания за отбелязване на Международния ден без тютюнопушене - 15 ноември и кампания „7 години ККОТ“.

През 2012 г. в Консултативните кабинети за отказ от тютюнопушене (ККОТ) в РЗИ в страната са консултирани 3 031 лица, от тях 278 са се отказали от тютюнопушене. Реализирана е инициативата „На крачка от ККОТ“ - отправени послания чрез рисунки под формата на човешки стъпки от 7-годишни деца и ученици.

От РЗИ са проведени: 66 семинари с 1 443 участници; 17 курса със 155 участници; 727 лекции и беседи с 18 116 участници; 1 049 видеопокази с 21 322 участници; осъществени са 104 масови прояви с 22 007 участници; проведени са 25 проучвания; издадени са 19 броя заглавия в тираж 13 960 бр.; разпространени са 57 155 материали; реализирани са 1 299 медийни изяви в телевизионни и радио предавания, публикации в пресата и интернет.

Продължава функционирането на Националната линия за отказ от тютюнопушене (НЛОТ), поддържа се членството на НЛОТ в Европейската мрежа на линиите за отказ от тютюнопушене.

През 2012 г. в Националният ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 4“ са взели участие 3 182 ученика и 83 учители със 75 проекта. В края на конкурса 1 983 ученика и 52 учители са отказали тютюнопушенето. През октомври 2012 г. стартира „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 5“, одобрени са 53 проекта, които са реализирани през учебната 2012/2013 г.

През м. май 2012 г. финализира обявения през 2011 г. Национален конкурс „Най-изобретателен здравен инспектор на МЗ“.

Под патронажа на МЗ е проведен Международен конкурс за детска рисунка „Не на цигарите!“, в който деца от 5 до 11- годишна възраст са представили свои рисунки.

Дейности свързани с утвърждаване на здравословен модел на хранене

През 2012 г. е осъществено проучване на въздействието на йодираната сол върху йоддефицитните заболявания и нарушения чрез изследвания сред рискови групи от населението (деца и бременни жени) в 10 области с ендемично разпространение на йоден дефицит и в 2 области без йоден дефицит, като контролна група. Взети са проби урина за изследване екскрецията на йод с урината, както и проби сол (за съдържание на калиев йодат) от домакинствата на включените в проучването 800 лица (400 деца на

възраст 6-10 години, 250 бременни жени във II-ри и III-ти триместър на бременността и 150 жени в детеродна възраст).

Извършени са две тематични проверки от РЗИ във връзка с контрол по изпълнение изискванията за здравословно хранене на учениците, както и за здравословно хранене на децата на възраст от 3 до 7 години в детски заведения.

От специалисти на НЦОЗА е актуализиран и издаден Сборник рецепти за ученическите столове и бюфети.

Разработен е проект на Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2013-2020 с включени дейности за утвърждаване на здравословен модел на хранене.

За популяризиране на здравословното хранене сред различни целеви групи са организирани и проведени 31 масови мероприятия с 5 336 участника по места за отбелязване на **Европейският ден за борба със затлъстяването** - 19 май, **Световната седмица на кърменето** - 01.08 до 07.08 август, и **Националната седмица за борба със затлъстяването** през м. ноември. Проведени са 92 семинари и курсове с 2 423 участници; изнесени са 432 лекции и беседи с 9 345 участници. Разпространени са 47 835 здравно-информационни материали и са издадени нови 4 заглавия с общ тираж 15 000 броя. Реализирани са 96 TV предавания и 161 радиопредавания.

„Здрави деца в здрави семейства” – детска компонента на програма СИНДИ (Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести)

В 7-те демонстрационни зони от РЗИ са проведени 29 семинари и курсове с 514 участници, 190 лекции и дискусии с 4 721 участници, организирани и проведени са общо 24 масови прояви с 4 571 участници. От НЦОЗА са разработени и издадени два методични материала/ръководства за медицинските специалисти от здравните кабинети в училищата „Здрави деца в здрави семейства, програма СИНДИ, София, 2012. Кърджали, Стара Загора”.

Дейности насочени за ограничаване на остеопорозата

Проведено е междуведомствено съгласуване на проекта на Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България (2012 – 2016 г.).

През 2012 г. 28-те РЗИ в сътрудничество с Асоциация „Жени без остеопороза” са организирани и провели 421 лекции и видеопокази с 12 749 присъстващи, 33 семинари и курсове с 1 267 участника, 1 579 индивидуални обучения и консултации на граждани; 21 пресконференции, 240 телевизионни и радио предавания, 415 публикации в печатните медии и интернет пространството. Предоставени са 13 825 информационни материали.

Програма профилактика и надзор на заразните болести

Министерство на здравеопазването осигури необходимите количества и видове биопродукти за обезпечаване на Националния имунизационен календар за 2012 г.

Във връзка с регистрираната през месец януари 2012 г. повишена заболяемост от грип и респираторни заболявания в някои райони на страната е организирано разпределение и получаване на антивирусни средства от РЗИ и предоставянето им на лечебните заведения за първична медицинска помощ.

За подготовка посрещане на грипен сезон 2012/2013 са изготвени и предоставени чрез РЗИ актуализирани алгоритми за поведение при съмнение за грип от ОПЛ, ДКЦ, ЦСМП и лечебни заведения за болнична помощ и информация за граждани и медицински специалисти за употребата на антивирусни средства.

Във връзка с усложнената метеорологична обстановка през месец февруари 2012 г., възникналите наводнения в някои райони на страната и възможния риск от такива при обилните валежи и бързо снеготопене, за ограничаване риска от възникването и разпространението на водни взривове и епидемии, е изготвено указание до РЗИ с комплекс от противоепидемични мерки и със съдействието на БЧК е проведена профилактична имунизация срещу хепатит тип А на деца и възрастни от селища, засегнати от наводненията.

Във връзка с регистрирани случаи на Западно-нилка треска в Гърция и Румъния и доказаното за първи път наличие в страната ни на азиатски тигров комар е изготвено указание до РЗИ и Националното сдружение на общините за предприемане на дезинсекционни мероприятия и засилване на епидемиологичния надзор.

С приетата през 2012 г. от Министерски съвет „Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2012 – 2016 г.“ страната ни стана 24^{-та} държава в Европа, която осигурява публични средства за първична профилактика на рака на маточната шийка за една кохорта момичета – 12-годишните. В 28^{-те} области на страната са проведени 645 срещи с родители, ОПЛ и други медицински специалисти. Раздадени са 40 400 брошури за родители с информация за пътя на заразяване с онкогенни типове човешки папилома вируси, начините за профилактика на заболяването и 17 858 бр. DVD с кратък филм за пубертета, сексуално предаваните инфекции с акцент върху методите за предпазване и профилактика. От старта на Националната програма през месец октомври 2012 г. до 31.12.2012 г. са имунизирани с първи прием 4 578 момичета от основната целева група (за 2012 подлежащите 12-годишни момичета са 32 842 или 13.9% обхват и с втори прием - 1 372).

Национална стратегия за борба с наркотиците (2009-2013г.) и План за действие към нея

Утвърдените средства за 2012 г. по Програмата са 350 000 лв. До края на 2012 г. са изградени и функционират 27 Общински съвети по наркотичните вещества (ОбСНВ) в общините- административни центрове на области и 27 Превантивно-информационни центрове (ПИЦ) към тях. За 2012 г. са отпуснати средства в размер на 49 950 лв. за ОбСНВ и ПИЦ за разработване и осъществяване на програми за превенция на употребата на наркотици на местно ниво.

През м. октомври 2012 г. в гр. Стара Загора е проведена VI Национална среща по проблемите на превенцията на употребата и злоупотребата с наркотични вещества.

Програма за изпълнение на Плана за действие на Националната стратегия за борба с наркотиците (2009-2013г.)

Средствата за 2012 г. по Програмата са 370 000 лв. Извършени са следните дейности:

Стратегическа задача 2 от Плана за действие „Развиване на програми да ранни интервенции за млади хора с експериментална употреба на наркотични вещества“ - към НЦН функционира Безплатна телефонна линия за консултации и насочване по въпросите на зависимостта към наркотични вещества и алкохол. През 2012 г. на телефонната линия са приети 720 обаждания и са осъществени 605 консултации във връзка със зависимост към психоактивни вещества, запазва се общият брой на проведените консултации /613 през 2011/, като двойно намаляват обажданията, които не са били конкретно по тематиката на телефонната линия. /от 277 през 2011 на 115 през 2012 г., като в последните месеци от годината този тип обаждания спадат почти до минимум/. Консултирани са 235 деца под 18 години по въпроси, свързани с

прекратяване или намаляване на употребата на алкохол, марихуана, тютюнопушене, както и по въпроси, свързани с последиците от употребата на стимуланти. Налице е значително намаляване на консултираните деца под 18 години в сравнение с 2011 г., когато техният брой е бил 407.

Национална информационна линия за наркотиците и алкохол към Асоциация за рехабилитация на зависими „Солидарност“ (АРЗ „Солидарност“) - през 2012 г. общият брой контакти е 343. От тях 152 броя (44%) са осъществени по телефон, 31 (9%) – по имейл, 30 (9%) посредством чат, а 130 (38%) са реализирани в двата форума (www.stopdrug.info – 90 бр. и www.drugsinfo-bg.org – 40). Поддържа се и ежесечно се актуализира информацията на сайта www.drugsinfo-bg.org относно различни видове психоактивни вещества, рубриката „Къде да потърсим помощ“ и други.

Стратегическа задача 3 „Подобряване на достъпа на пациентите до разнообразни и ефективни лечебни програми“ - осигурено е допълнително финансиране на програми за субституиращо и поддържащо лечение, разкрити в лечебни заведения с държавно и общинско участие за разширяване на програмите, наемане на допълнителен персонал и удължаване на работното време. Осигурено е финансиране на 55 места в програми за психосоциална рехабилитация тип „drug free“. Общият размер на осигуреното финансиране по Плана за действие на Националната стратегия за борба с наркотиците през 2012 г. е 126 645 лева.

Продължава функционирането на Център за консултации и насочване към лечение и психосоциална рехабилитация. Общ брой консултирани лица – 204.

Служебна база данни на лицата, включени в програми за лечение с агонисти и агонист – антагонисти реално функционира от месец септември 2012 г. В нея са регистрирани 3 518 лица.

Дейности в сферата на сексуалното и репродуктивни здраве със специален фокус върху нуждите на уязвимите млади хора и младите хора в най-голям риск.

Международен център за обучения и изследвания PETRI

През 2012 г. е проведено регионално обучение за обучители на връстници, политически диалог и застъпничество, превенция на ХИВ сред уязвимите групи млади хора с участие 39 представители от 19 страни от Региона на Източна Европа и Централна Азия. Проведени са и 2 обучения за повишаване на професионалното развитие и укрепването на вътрешния капацитет на екипа на НЦОЗА и PETRI - София, в рамките на всяко от които са обучени 15 експерти и стажанти. Финализирано и издадено е Допълнение към Ръководството за обучители на връстници на Международната Y-PEER мрежа, представящо методите на обучението чрез опит и преживяване (Experiential Learning), и актуализирани упражнения за представяне на информация за ХИВ/СПИН и ППИ и за изграждане на екип.

И през 2012 г. PETRI-София продължава да подпомага на експертно ниво международни застъпнически кампании и събития на Международната Y-PEER мрежа, чрез осигуряване на подкрепа при координирането на регионални събития: Международната конференция по борба със СПИН 2012; Международната застъпническа кампания "10 Дни на активизъм"; Y-PEER бюлетина на Международната Y-PEER мрежа; Глобалния консултативен съвет на Y-PEER.

Финализиран са „Карти за застъпничество“ с актуални показатели за сексуалното и репродуктивно здраве на младите хора за всяка от държавите от Региона на Източна Европа и Централна Азия за подпомагане развитието на националните мрежи в съответните държави.

Съществен напредък е постигнат за мобилизирането на националните и регионалните мрежи и сътрудничество чрез разработване и пилотиране на:

специализирана експертна база данни, позволяваща достъп на националните младежки мрежи на Y-PEER до актуална информация за експерти и обучители на връстници в Региона; система за база данни за мониторинг и оценка, допринасяща за създаване на по-добри практики за оценка и мониторинг.

През 2012 г. стартира уеб страницата на PETRI-София, която повишава възможностите за бъдещи партньорства на организацията.

В сферата на научните изследвания е изготвен експертен анализ на ситуацията в областта на сексуалното и репродуктивно здравно образование в България. Адаптирани са за работа с ромски младежи 2 от стандартизираните ръководства на Международната мрежа Y-PEER – Ръководство за застъпничество и Ръководство за обучение на обучители на връстници.

3.7. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика

Лекарствата и медицинските изделия представляват около 35% от текущите разходи за здраве в България³⁵, от които осигурявани от МЗ и НЗОК, са около 20%, а останалите са за сметка на гражданите, което е висок процент в сравнение със средното за ЕС. България е с най-ниска цена на лекарствата в Европа - 72% от средноевропейската цена, но с най-високо ДДС – 20%.

83% от лекарствата, които се консумират в страната, са генерични, създадени преди 30 години, като от гледна точка на фармацията те са стари, не са защитени от патент, тъй като той се издава за 25 години³⁶. Подобна е ситуацията и в Централна и Източна Европа, където по данни на асоциацията за 2009 година употребата на генеричните лекарства е 85%, в Чехия и Словакия 75%, в Унгария - 65%, в Полша - 83%, а в Русия - 96%.

След 1989 г. в България се наблюдава плавно нарастване на употребата на оригинални лекарства, средно с 1 % годишно, като за 2012 г. достига 24%.

Данните за размера на лекарствения пазар показват увеличение на продажбите от над 10% за 2012 г., достигайки до 1 млрд. лв.

Негативните фактори върху пазара на лекарства в страната се дължат според фармацевтичния бранш на намаленото търгово финансиране от Министерството на здравеопазването, липсата на свободни финансови средства в част от участниците на пазара (дистрибутори, аптеки, НЗОК), намален ограничен обществен ресурс за здравеопазване и липса на средства вследствие на кризата.

Най-голям дял на продажби осъществява аптекният пазар. По данни на Министерството на здравеопазването 4300 аптеки имат разрешения за търговия на дребно, от тях активно действащи са 2200.

Лекарствената регулаторна рамка е адекватна на изискванията на ЕС, но все още се развива. Законът за лекарствените продукти в хуманната медицина, изготвен през 2007 г. с цел да се приведат българската лекарствена политика с европейските стандарти, свързани с продажбата, производството, вноса, изкупуване и сключването на договори. Законът създава рамка, която, поне формално, въвежда органи и структури, необходими за регулиране на фармацевтичния сектор. Той претърпя множество промени през последните няколко години и все още продължава да се развива.

През 2012 г. са променени процедури за възлагане на обществени поръчки. В опит за решаване на проблема, НЗОК получи възможността да организира централизирани преговори с фирмите доставчици, първо за лекарства, които са били

³⁵ (Евростат 2011 г.),

³⁶ Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България - семинар „Фармацевтичен пазар и лекарствена политика в България 2009-2011 г.“,

предмет на обществени поръчки от страна на болниците, а по-късно потенциално за всички продукти от списъка на лекарствата, които се реимбурсират от нея. Тези ценови преговори трябваше да следват обичайните процедури за обществени поръчки, а крайната цена, получена от НЗОК трябваше да бъде по-ниска от тази, получена преди това от МЗ или най-ниската цена в позитивния лекарствен списък. Все още няма окончателни обективни данни за това дали са постигнати целите на тази промяна, но потенциално такъв тип договаряне буди тревога относно прозрачността и цялостната ефективност на ценовата политика на НЗОК. В тази връзка е необходимо да се проведе цялостен преглед на обществените поръчки на лекарства.

Проблем е повишаването на нивата на самолечението, което изисква допълнителен контрол по отпускането на лекарства от аптеките. Факторите въздействащи върху повишаване на нивата за самолечение са в няколко направления – неподходящо изписване на лекарства от страна на общопрактикуващите лекари и специалистите, без съобразяване с финансовите възможности на пациентите, изписване предимно на скъпи оригинали, под влияние на маркетинговите политики на фармацевтичните фирми и не на последно място – непрекъснато променящите се нива на реимбурсиране от страна на НЗОК с все по-увеличаващо се самоучастие на пациентите при закупуването им, които предпочитат да избегнат разходите и времето за консултация с общопрактикуващите лекари

Във връзка с констатираните проблеми през 2012 г. са направени съществени нормативни промени в областта на ценообразуването и реимбурсирането на лекарствени продукти.

През 2012 г. дейността по ценообразуване и включване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) се извършва от Комисия по цени и реимбурсиране (КЦР), нарочно създаден орган, който се обслужва от администрациите на Министерство на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса. На КЦР е възложено извършването на служебни проверки на цените на лекарствените продукти, включени в ПЛС на период от една година. През септември 2012 г., с изменение и допълнение на действащата тогава Наредба за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, условията и критериите за включване, промени и/или изключване на лекарствени продукти от Позитивния лекарствен списък и условията и реда за работа на Комисията по цени и реимбурсиране е намален срокът от една година на шест месеца за проверка на цените в референтните държави. Усъвършенствана е и методиката за регулиране на цените на лекарствените продукти, включени в ПЛС, както и на пределните цени на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание като броят на референтните държави, в които се търси най-ниска цена на производител е увеличен от 12 на 17.

С изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина е създаден Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП) със статут на държавна комисия, който се обслужва административно от самостоятелна администрация. Създаването на нова структура цели повишаване ефективността на дейността по ценообразуване и реимбурсация на лекарствените продукти и подготовка на специалисти в тази област.

И през 2012 г. МЗ осигурява лекарствени продукти на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване за лечение на СПИН, туберкулоза и психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост, както и необходимите за лечение и диагностика радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори.

През 2012 г. Министерство на здравеопазването е осигурило лечение на 577 ХИВ положителни пациенти със СПИН, от които 81 нововключени и 7 деца. Антиретровирусната терапия е включила 23 лекарствени продукти, осигурили напълно терапевтичните режими както от първа линия, така и от втора линия при резистентни пациенти.

Със средства на Министерство на здравеопазването през 2012 г. е осигурено лечение на 2 500 пациенти с туберкулоза, от които 920 нововключени и 227 деца. Терапията за туберкулоза се провежда с 4 лекарствени продукти, представляващи основни туберкулостатици, участващи в базисни терапевтични режими. Министерство на здравеопазването е осигурило и лекарствения продукт Streptomycin, един от основните туберкулостатици по реда за внос на неразрешени за употреба в страната лекарствени продукти.

Министерство на здравеопазването осигурява лекарствения продукт Methadone за лечение на пациенти с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди. През 2012 г. са разпределени 76 399 000 mg Methadone за обезпечаване лечението на 2 571 пациента.

През 2012 г. Министерство на здравеопазването е осигурило 16 вида радиоактивни лекарствени продукти и 30 вида радиофармацевтика, предназначени за терапия и диагностика на онкологични, хематологични, ендокринологични и др. заболявания.

4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент за държавните лечебни и здравни заведения по Оперативна програма “Регионално развитие” и конкретен бенефициент по Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси” 2007-2013 по следните проекти:

I. Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси 2007 - 2013”

В рамките на Приоритетна ос 5, област на интервенция 5.3. “Работоспособност чрез по-добро здраве”:

1. Договор № BG051PO001-5.3.01-0001-C0001 по проект „ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ” - общ бюджет на проекта 4 692 754,30 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 юли 2013 г.

Общата цел на проекта е подобряване трудоспособността, повишаване продължителността на активния трудов живот на населението и поддържане на здрава работна сила чрез повишаване нивото на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот.

Специфични цели на проекта са:

- Повишаване информираността, особено на уязвимите групи по отношение на поведенческите рискови фактори, свързани със значителната консумация на готварска сол, употребата на психотропни вещества сред младите хора, тютюнопушенето, производствения, битовия и транспортния травматизъм.

- Начало на промяна в поведението по отношение на посочените рискови фактори чрез повишаване познанията за здравословен начин на живот и възможностите за ограничаване на травматизма сред целевите групи.

Реализирани основни дейности:

- ✓ Проведена двудневна национална здравна конференция по проект „Информирани и здрави“ (22-23 март 2012 г.) с общо участници 200 души от страната, работещи в сферата на промоция на здраве и профилактика на заболяванията, както и в областите транспортен, битов и производствен травматизъм.
- ✓ Проведени 12 обществени обсъждания в градовете: Благоевград, Бургас, Варна, Велико Търново, Враца, Кърджали, Ловеч, Пазарджик, Плевен, Пловдив, София и Стара Загора с представители на работещите в сферата на промоция на здраве и профилактика на заболяванията, както и в областите транспортен, битов и производствен травматизъм. Общ брой участници: 600.
- ✓ Отпечатани 500 бр. доклада от репрезентативно проучване за познанията, нагласите и уменията за здравословен начин на живот сред целевите групи.
- ✓ Реализирани са шест национални здравни кампании насочени към ограничаване на употребата на сол, психотропни вещества и тютюнопушенето, както и на транспортния, производствения и битов травматизъм с цел информиране на населението за потребностите от водене на здравословен начин на живот. Разработени са и са излъчени в електронните медии (национални и регионални телевизии и радиа, както и интернет страници): 22 филма с продължителност 27 минути, 22 филма с продължителност 10 минути, 72 видео и 72 аудиоклипа, 72

интернет банера. Разработени са всички информационни и промоционни материали по шестте кампании.

- ✓ Информационните и промоционни материали са разпространени по време на масовите информационни събития, проведени за всяка от шестте кампании в следните 19 населени места: Айтос, Берковица, Варна, Дулово, Крумовград, Кула (Видинска област), Кърджали, Никопол, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Разлог, Ракитово (Пазарджишка област) Русе, София, Средец (Бургаска област), Стара Загора, Търговище и Шумен). Участници в тези събития са жителите на съответното населено място.
- ✓ Информационни и промоционни материали се предоставят и на Регионалните здравни инспекции, които в рамките на дейността на дирекциите/звената „Промоция на здраве и профилактика на заболяванията” да ги предоставят на заинтересованото население.

2. *Договор № BG051PO001-5.3.02-0001-C0001* по проект **“СПРИ И СЕ ПРЕГЛЕДАЙ”** (Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания) - общ бюджет на проекта 19 558 281.73 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 октомври 2013 г.

Общата цел на проекта е подобряване трудоспособността, повишаване продължителността на активния трудов живот на населението и поддържане на здрава работна сила, оптимизиране на здравните и социални разходи чрез увеличаване на относителния дял на откритите и насочени за лечение в предклиничен и ранен стадий на заболяванията от рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола; повишаване на информираността на населението относно превенцията и лечението на тези социално значими заболявания.

Специфични цели на проекта са:

- Увеличаване на относителния дял на ранно диагностицираните случаи на заболяванията от рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола;
- Повишаване на познанията на населението за идентифициране на рисковите фактори за поява на рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола и повишаване на личната отговорност към собственото здраве;
- Повишаване на ефективността на мерките за превенция на онкологичните заболявания и ранното им диагностициране чрез създаване на Национален скринингов регистър;
- Повишаване капацитета на изпълнителите на здравни услуги за прилагане на превантивна политика и ранно диагностициране на онкологични заболявания.

Реализирани основни дейности:

- ✓ Определяне на регионални координатори от 28 РЗИ и доставка на съответната техника, обезпечаваща работата на регионалните координатори;
- ✓ Изпращане на уведомителни писма чрез 28 РЗИ до всички ЛЗ на територията на РЗИ с цел предоставяне на информация за възможностите за извършване на скринингови прегледи по проекта.
- ✓ Тестване на информационната система: Национален скринингов регистър и система за известяване, реализиране на интернет свързаността ѝ чрез Изпълнителна агенция ЕСМИС и внедряване на системата (уточняват се редица технически детайли, зависещи от различни ведомства). Тази информационна система е базата за провеждане на всички дейности, свързани със скрининга

(регистриране на ЛЗ, отпечатване и изпращане на покани до целевите групи, регистриране на скрининговите прегледи).

- ✓ Проведена е процедура за избор на изпълнител за отпечатване и разпространение на покани до конкретни лица от целевите групи за явяване на скринингов преглед по проект "Спри и се прегледай".

3. *Договор BG 051 PO 001-5.2.10-001-C0001* по проект „**ПОСОКА: СЕМЕЙСТВО**“ – общ бюджет на проекта 1 972 503. 62 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 26 октомври 2011 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 26 юни 2014 г.

Общата цел на проекта е подготовката за реструктуриране на Домовете за Медико-Социални Грижи за Деца (ДМСГД) от 0 до 3-годишна възраст чрез извършване на целенасочена подготвителна дейност в 8 пилотни области: Габрово, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, София, Русе, Търговище, чрез аналитичен подход и синергична интервенция с други, отговорни за процеса институции.

Специфични цели на проекта са:

- Планиране на подходящите услуги в пилотните 8 ДМСГД, обект на реструктуриране;
- Подготовка за извеждане на децата от институциите;
- Комуникиране на процеса и целенасочени мотивационни и информационни действия спрямо заинтересованите страни в негова подкрепа.

Реализирани основни дейности през 2012г.:

- ✓ Подписано междуинституционално споразумение между МЗ и партньорите АСП и ДАЗД по проекта на 03.05.2012 г.
- ✓ Сключени договори с двамата избрани национални консултанти по деинституционализация и управление на промяната в сферата на ранно детско развитие, психично здраве на деца.
- ✓ Сключени договори с членовете на мултидисциплинарни екипи в 8-те пилотни общини и експертно звено по деинституционализация.
- ✓ Изготвени оценки на децата от 0 до 3 години настанени в ДМСГД.
- ✓ Изготвени индивидуални планове на децата.
- ✓ Изготвени оценки на родителския капацитет на семействата на децата.
- ✓ Изготвена оценка на ресурсите на ДМСГД.

В рамките на Приоритетна ос 6: “Повишаване ефективността на институциите на пазара на труда, социалните и здравни услуги”, област на интервенция 6.2 “Укрепване на капацитета на институциите за социално включване и за предоставяне на здравни услуги”:

4. *Договор № BG051PO001-6.02.02 ПУЛСС (ПРАКТИЧЕСКИ УВОД В ЛЕЧЕНИЕТО НА СПЕШНИТЕ СЪСТОЯНИЯ)* - общ бюджет на проекта 6 258 653, 64 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 10 декември 2013 г.

Общата цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, особено на уязвими групи от населението.

Специфичната цел на проекта е подобряване знанията и уменията на персонала на спешната медицинска помощ на територията на цялата страна чрез надграждащо обучение.

Реализирани основни дейности през 2012 г.:

- ✓ Отпечатани 8 000 бр. Сборник от детайлни протоколи (алгоритми) за клинично поведение и 8 000 бр. Наръчник джобен формат за поведение в спешната медицина. Разпространени в 28 ЦСМП.
- ✓ Доставени манекени - цялостна система за ресусцитация, дефибрилатори и консумативи за обучение на персонала от ЦСМП.
- ✓ Доставени манекени за основни умения за обучение на персонала в 28 ЦСМП и 9 лечебни заведения.
- ✓ Доставени 34 бр. компютри за нуждите на 28 ЦСМП и МЗ.
- ✓ Сключен договор с изпълнител за осигуряване на публичност на дейностите по проекта. Проведена 1-ва пресконференция (08.10.2012г., София).

5. *Договор № BG051PO001-6.02.03* по проект **„АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОТО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ”** - общ бюджет на проекта 1 024 689.90 лева. Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 10 декември 2013 г.

Общата цел на проекта е укрепване на институциите, отговорни за акредитацията на лечебните заведения и за квалификацията на доставчиците на здравни услуги.

Специфичните цели на проекта са:

- Създаване на система за контрол за акредитиране на програмите и институциите извършващи продължителното медицинско обучение.
- Унифициране на процесите по регистрация на медицинските кадри – създаване на централизирана електронна база данни на медицинския персонал с възможност за анализ, оценка и планиране.
- Укрепване на системата на акредитация на лечебната дейност, изготвяне и актуализиране на медицински стандарти.

Реализирани основни дейности през 2012г.:

- Стартиране на процеса на актуализиране на 49 медицински стандарта като със Заповед на министъра на здравеопазването бяха утвърдени съставите на авторските колективи.
- Определяне на национални консултанти по съответните специалности за председатели на авторските колективи, в съответствие с действащата нормативна база.
- Стартиране на организационно–логистичните дейности във всеки от авторските колективи.

6. *Договор BG051PO001–6.2.18-0001* по проект **„НОВИ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРИЯ”** – общ бюджет на проекта 15 999 996.65лв. и продължителност 19 месеца – от 01.11.2012 г. до 31.05.2014 г. В изпълнение на Изпълнението на проекта стартира на 01 ноември 2012 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 31 май 2014 г.

Общата цел на проекта е да се повиши професионалният капацитет на служителите, ангажирани в сферата на здравните услуги.

Специфичните цели на проекта са:

- Подобряване достъпа на 1 000 служители на доставчици на здравни услуги до обучения за придобиване на специалност до края на 2013 г.
- Усъвършенстване на съществуващите и въвеждане на нови управленски практики, имащи отношение към условията и реда за придобиване на специалност в здравеопазването. Чрез проекта ще бъде значително увеличен броят на лекарите, които

ще могат да специализират и по-този начин да повишат своята квалификация. Пряк резултат от това е подобряване на здравното обслужване на населението.

Реализирани основни дейности през 2012г.:

- ✓ Сключен договор за безвъзмездна финансова помощ на 1.11.2012 г.;
- ✓ Пуснат първи срок за кандидатстване на 07.12.2012 г.

II. Оперативна програма „Регионално развитие” 2007 - 2013

През 2012 г. бяха обявени обществени поръчки по всички основни дейности, заложи за изпълнение в проектите, в т.ч. избор на изпълнители за изпълнение на СМР, строителен и авторски надзор, одит, публичност, за доставка на апаратура за образна диагностика, лъчелечение, специализирано оборудване за УМБАЛ Александровска и системи за централна стерилизация. Обществените поръчки бяха проведени успешно и от месец август до края на 2012 г. стартира процес на подписване на договори с избраните изпълнители и започване на същинските дейности, свързани с извършването на строително-ремонтни дейности и доставка на апаратура. С оглед на успешно проведените обществени поръчки бе спестен значителен финансов ресурс, което позволи да се стартира процедура за закупуване на допълнително високоспециализирано оборудване за лъчетерапия и подготовка на проектни предложения на още три лечебни заведения, включени като резерви в Концепцията за реструктуриране на болничната помощ, а именно – МБАЛ „Тота Венкова” АД, гр. Габрово, МБАЛ „проф. д-р Стоян Киркович” АД, гр. Стара Загора и УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, гр. София.

III. Разработване на проектни предложения:

1. Изготвено проектно предложение **"Въвеждане на добри практики за изграждане на капацитет за оценка на здравни технологии"** по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси", Приоритетна ос 7 - BG051PO001-7.0.02 "Без граници – Компонент 2" и подадено на 20.09.2012 г. Одобрение на проектното предложение на 17.12.2012 г. Подготовка на документи необходими за подписване на договора за безвъзмездна финансова помощ.
2. Изготвяне на програмно предложение по приоритетни области **13 § 27 "Инициативи за обществено здраве"**, финансирани от Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм.

Обща стойност на Програмата е €15 782 353, като финансирането от двата механизма е в размер на €13 415 000.

Предстои да бъде сключено споразумение със страните донори за изпълнение на програмата, като от това зависи и старта на изпълнението ѝ. Крайният срок за изпълнение е м. април 2017 г. Програмата има четири приоритетни области на интервенция:

- Подобрено управление в здравеопазването;
- Подобен достъп и качество на здравните услуги - детско и репродуктивно здраве;
- Подобрени услуги в сферата на психичното здраве;
- Намалени неравенства между различните групи потребителите на здравни услуги.

Министерство на здравеопазването е номинирано за програмен оператор, подпомагано от Дирекция „Оперативна програма – техническа помощ” в Администрацията на Министерски съвет (АМС), и Световната здравна организация

(СЗО) е определена като подпомагаща Министерство на здравеопазването при подготовка на програмното предложение (ПМС 151/23.02.2012 г.).

Извършени са следните действия:

- ✓ На 12.06.2012 г. е представен първи проект на техническата част на програмното предложение по определените приоритети;
- ✓ През м. септември 2012 г. е подписан меморандум със СЗО за подпомагане при подготовка на програмно предложение на МЗ;
- ✓ Подписано е Споразумение с дирекция „Оперативна програма – Техническа помощ” (ОПТП) в АМС за разпределение на отговорностите по управление на Програмата през м. август 2012 г.;
- ✓ Сформирана е работна група от експерти от Министерство на здравеопазването, която да подготви програмното предложение за периода юни - септември 2012 г.;
- ✓ През м. август 2012 г. е избрана консултантска фирма по реда на Закона за обществените поръчки, която финализира програмното предложение;
- ✓ На 14 декември 2012 г. е депозиран проект на Програмата към страните-донори Програмата е съгласувана и със СЗО.

IV. Участие в проекти като партньор

1. Проект SEE EoI/A/788/4.1/X „Правителствена социална отговорност:

Иновативен подход на качество в правителствените действия и резултати, Модел G.S.R. (Governmental Social Responsibility Model: An Innovative Approach of Quality in Governmental Operations and Outcomes) - G.S.R. Model", финансиран по Оперативна програма „Югоизточна Европа”.

Реализирани дейности:

- Разработен механизъм за GSR – интегриран, новаторски и ефективен инструмент, готов за прилагане;
- Пилотно прилагане на проекта, подпомагане, тестване и подобрене на продуктите в системата на здравеопазването;
- Разпространение на принципите на GSR в традиционните политики, с участие на значителен брой представители от заинтересовани страни - медицински специалисти, представители на пациентски организации, експерти от МЗ и РЗИ;
- Включване на елементите от Механизма за GSR (Система за сертифициране на стандартни модели) в политики и мерки в сферата на здравеопазването;
- Усъвършенстване на компетенциите на институциите в публичния сектор, „организационната култура”, качеството и социалната отговорност.
- Обучение на експертите от многобройни заинтересовани страни / участници от всички категории;
- Изготвяне, отпечатване и разпространение на информационни материали – брошури, списание, интернет сайт.

2. Проект **„ДОМАШНИ ГРИЖИ ЗА НЕЗАВИСИМ И ДОСТОЕН ЖИВОТ“**, финансиран по Българо-швейцарската програма за намаляване на икономическите и социалните различия в разширения ЕС. Водещ партньор е Българският червен кръст.

Общият бюджет на проекта е 1 900 000 швейцарски франка евро, а бюджетът предвиден за Министерство на здравеопазването е 112 000 швейцарски франка.

Изпълнението на проекта стартира през 2011 г. и се очаква да приключи 2015 г.

Целта на проекта е да се подпомогне въвеждането в България на модел за комплексно предоставяне на здравни грижи и социални услуги по домовете, като

форма на дългосрочна грижа за възрастни хора и хора с хронични заболявания и трайни увреждания при отчитане на специфичните нужди на представителите на ромската общност.

Целевия регион е област Враца, като по проекта са създадени четири Центъра «Домашни грижи» в общините Враца, Бяла Слатина, Криводол и Оряхово. В тези общини е осигурено обучение и заетост на 50 души – медицински сестри и домашни помощници. Изградените центрове ще предоставят качествени и професионални услуги в дома на повече от 400 възрастни, хронично-болни и хора с увреждания.

Основната дейност на МЗ в проекта е работа по законодателните промени относно въвеждане на услугата „домашна грижа“, както и разработване на обучителна програма и въвеждане на специализацията „фамилна медицинска сестра“.

Реализирани дейности през 2012г.:

- ✓ Изготвено предложение за изменение и допълнение в Закона за здравето с оглед законодателно регулиране на услугата „домашни грижи“.

5. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2012 Г.

При оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия 2008-2013 бе избран и приложен подход за количествено оценяване на постигнато чрез използването на експертна оценка и конвент анализ на официални документи, публикувани от Министерство на здравеопазването, и доклади на Дирекции в МЗ, Националните центрове по общественото здраве и изпълнителните агенции към него с цел постигане на обективност на резултатите от оценката. Използвани са същите методи при оценката, приложени в предишните три години с цел съпоставимост на резултатите през периода 2009-2012 година и осигуряване на обективност при оценяването.

За изработването на оценката по постигнатото изпълнение на заложените задачи в Стратегията бе приложен метода на експертната (Делфи метод), който накратко е описан както следва:

Метод на експертната

Оценката по този метод се основава на получаването и обработката на експертните оценки на специалисти с голям опит, квалификация и (желателно) интуиция. Нарича се още метод на евристичното прогнозиране.

При използване на метода на експертната възниква необходимост от някакъв количествен измерител на близостта или разминаването на експертните оценки. Като такъв е предложен коефициентът на конкорданция (на съгласие) на оценките:

$$W = \frac{12 \cdot S}{m^2 (n^3 - n)}$$

където - m - брой на участващите експерти
 n - брой на признаците (показателите)
 S - разлика, която се определя по формулата

$$S = \sum p^2 - \frac{(\sum p)^2}{n}$$

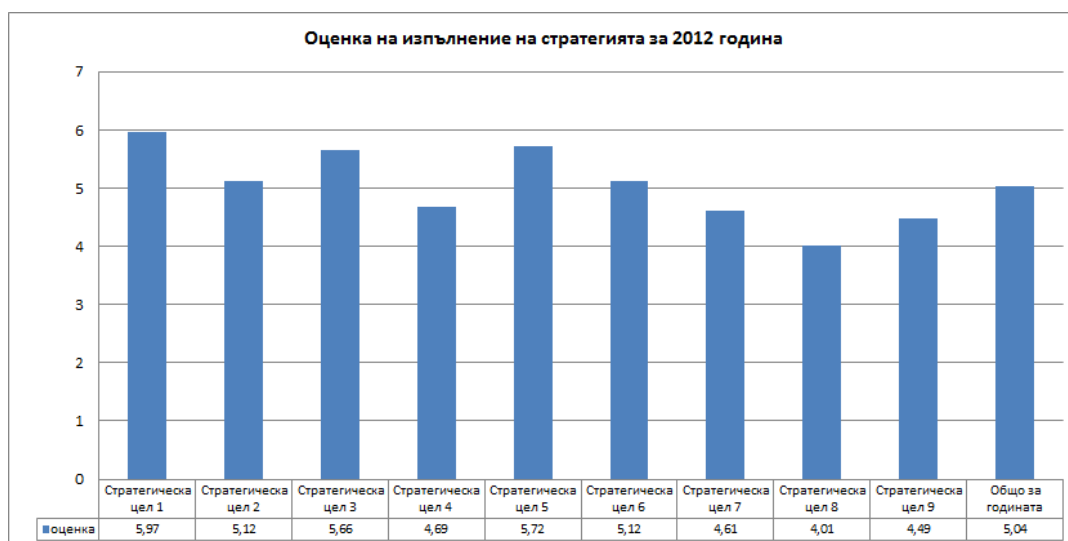
Колкото W е по-близък до 1, толкова е по-висока съгласуваността между оценките на експертите.

От експертите бе поискано да дадат оценка за постигнатото изпълнение между 0 и 10, където 0 е 0% изпълнение, а 10 е 100% изпълнение.

Изпратени бяха общо 58 въпросника до експерти в Министерство на здравеопазването, институции на подчинение на МЗ, както и до всички РЗИ, като се получи отговор от 42 експерти – *respond rate* – 72.21%, който е съпоставим от предходната година -72.97%. В голямата си част експертите не отговориха на всички въпроси, а само в областите в които работят. Този факт показва, че голяма част от експертите се концентрират единствено в непосредствените отговорности, както и липсата на единен интердисциплинарен и междусекторен подход в самата система на здравеопазване.

След съответната статистическа обработка на получените отговори и съответните оценки на изпълнението на заложените цели и задачи в националната здравна стратегия 2008-2013 бяха получени следните резултати представени на фиг. 21-31.

Фигура 21. Оценка на изпълнение на стратегията



От представените данни е видно, че общата оценка за изпълнение на стратегията за 2012 г. е в рамките на **50.4%** (оценка 5.04), като най-ниско изпълнение има при **стратегическа цел № 8 - Осигуряване на финансова устойчивост на националната система на здравеопазване (40.1%)**, следвана от **стратегическа цел № 9 - Ефективно членство в Европейския съюз (44.9%)** и **стратегическа цел № 7 - Създаване на интегрирана система за електронен обмен на данни в здравеопазването (46.1%)**. Най-високо изпълнение (по оценка на експертите) има при **стратегическа цел № 1 - Осигуряване условия за промоция на здравето и профилактика на болестите (59.7%)** и **стратегическа цел № 5 - Осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия, съответстващи на потребностите и икономическите възможности на населението (57.2%)**.

От получените отговори бяха анализирани и коефициентите на конкордация между оценките на експертите. За да бъде направена оценка на статистическата достоверност на получените резултати бяха изчислени и съответните показатели, представени на таблица 8.

Таблица 8. Коефициент на конкордация между оценките на експертите при оценяване на постигнатото изпълнение по стратегията

Стратегически цели	p	S	m ²	n ³	W	χ^2	K	К табл.	Достоверност на W
Цел 1	5,97	34,36801	784	1000	0,0005	0,133901	6	14,34	$\chi^2 < v$
Цел 2	5,12	24,90368	400	1000	0,0008	0,135838	3	7,81	$\chi^2 < v$
Цел 3	5,66	29,36597	144	1000	0,0025	0,266963	6	14,34	$\chi^2 < v$
Цел 4	4,69	20,42495	196	1000	0,0013	0,159155	3	7,81	$\chi^2 < v$
Цел 5	5,72	29,744	121	1000	0,0030	0,294982	4	9,48	$\chi^2 < v$
Цел 6	5,12	25,07464	529	1000	0,0006	0,118931	1	3,38	$\chi^2 < v$
Цел 7	4,61	19,61732	169	1000	0,0014	0,164621	3	7,81	$\chi^2 < v$
Цел 8	4,01	13,40008	36	1000	0,0045	0,243638	2	5,99	$\chi^2 < v$
Цел 9	4,49	17,64009	64	1000	0,0033	0,240547	3	7,81	$\chi^2 < v$

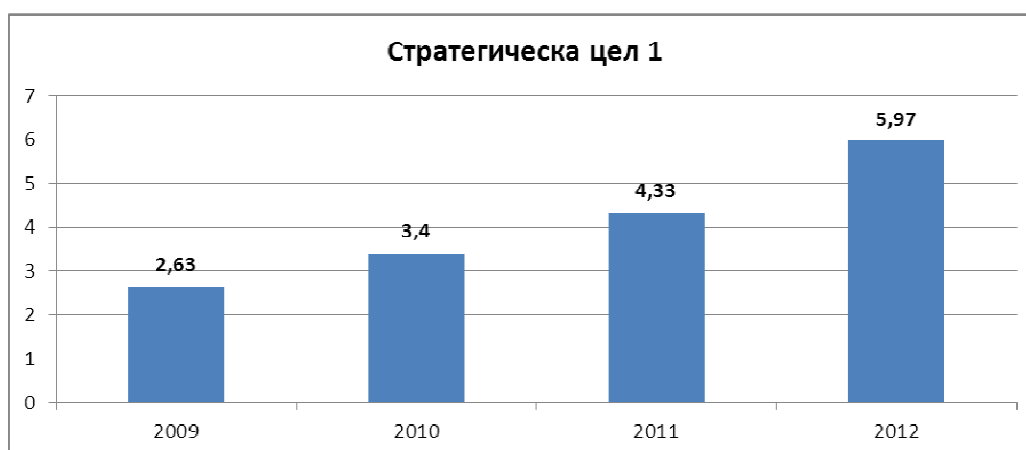
Колкото W е по-близък до 1, толкова е по-висока съгласуваността между оценките на експертите. За определяне на достоверността на W се използва критерия

χ^2 . Коефициентът W е достоверен когато χ^2 е по-голям от табличната стойност при степен на свобода $K = n - 1$. В този случай (първи ред на таблицата) $K = 6$, при $p = 0,05$ стойността от таблицата е 14,34. Следователно коефициентът W не е достоверен.

От данните е видно, че коефициента на конкордация (съгласуваност) на оценките на експертите е нисък (но е по-висок от този през миналата 2011 година), което води до извода, че тези оценки трябва да се приемат с определено ниво на несигурност.

За да се постигне пълна оценка на стратегията бяха съпоставени данните от предишните години, през които е извършвана оценка, които показаха следното:

Фигура 22. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 1



Фигура 23. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 2



Фигура 24. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 3



Фигура 25. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 4



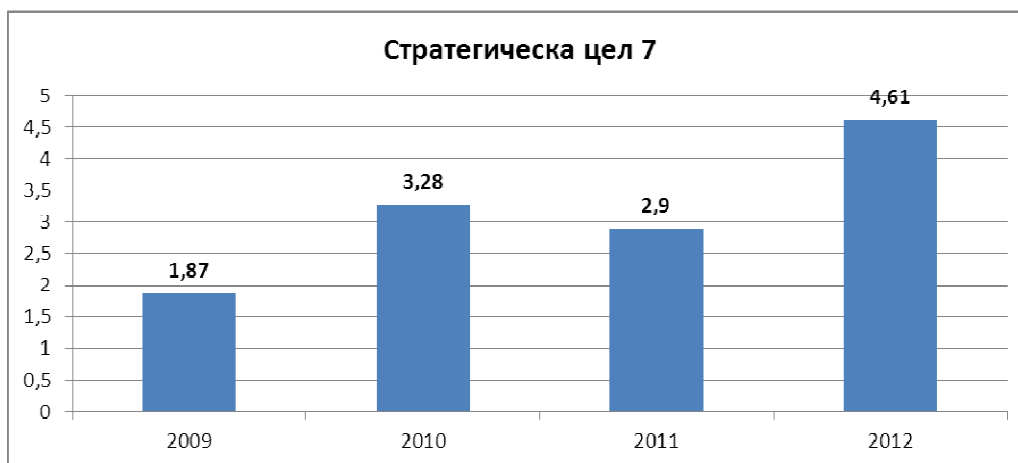
Фигура 26. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 5



Фигура 27. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 6



Фигура 28. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 7



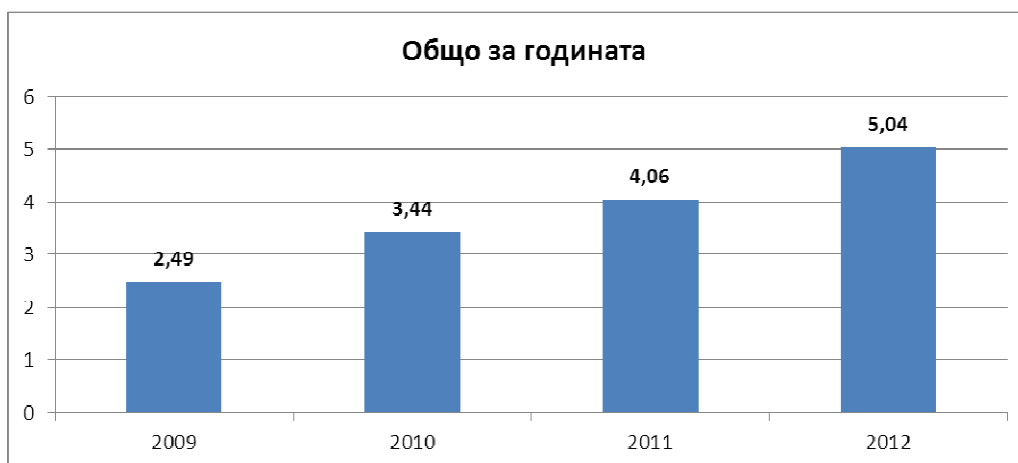
Фигура 29. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 8



Фигура 30. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 9



Фигура 31. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – общо



От представените данни и графики е видно, че в определени стратегически цели има постепенно, постъпателно и ритмично изпълнение на задачите и целите в стратегията, докато при други има колебание в различните години. Общо за съответните години изпълнението на целите и задачите повишава своята ефективност, като се очаква в края на периода на стратегията да се достигне пълно изпълнение.

Необходимо е при окончателното оценяване изпълнението на заложените цели и задачи при приключване на програмния период на стратегията всяка от стратегическите цели и съответните задачи да бъде оценена индивидуално, като се оценят и заложените количествени показатели и критерии.

При окончателната оценка на изпълнението на стратегията трябва да бъде направена оценка и на дейността на съответните отговорни институции по изпълнението на задачите и дейностите, като се потърсят и причините за неритмичното изпълнение – дали е свързано с определени обективни фактори или е под влиянието на неправилно планиране или субективни фактори. Друга препоръка е да се стартира оценката на изпълнението на стратегията още в началото на следващата година, като бъде обхвата по-широк спектър от експерти, както и да се приложи втори подход, освен прилагания до момента, който да направи оценка на заложените в стратегията показатели за оценка и мониториране.

6. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Здравно-демографско състояние

- Демографската ситуация в България е резултат от продължителното действие на множество фактори и се характеризира с трайна тенденция на намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора.
- Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят отрицателния естествен прираст на населението през последния десетгодишен период.
- Запазва се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 53 годишна възраст. Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението.
- Продължават негативните промени във възрастовата структура на населението, изразен с процес на демографско остаряване (намаляване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаване на дела на населението над 65 години) - проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС
- Средната продължителност на живота у нас продължава да нараства, но остава по-ниска от тази в ЕС.
- Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта, обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, но остава по-ниска от средната стойност за ЕС.
- Въпреки изразеното намаляване на броя на абортите, те съставляват половината от ражданията през годината. Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2012 г. е 2 пъти по-висок от средния за ЕС. Всеки десети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст.
- Проблем за България остава високото ниво на смъртността – обща и преждевременна. Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете, отколкото при жените и в селата, отколкото в градовете.
- Показателят на преждевременната смъртност запазва нивото си за последните 5 години и продължава да е високо. Всяко четвърто умира в страната е на лице, ненавършило 65 години. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените.
- България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност по всички причини сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление.
- Запазва се структурата на умираанията по причини, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.
- В структурата на умираанията от болестите на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени сърдечната недостатъчност, мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето.
- В структурата на умираанията от злокачествени новообразувания водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб, следват тези на дебелото черво, млечната жлеза при жените, стомаха, панкреаса и на простатата. Общо те обуславят повече от половината умираания от този клас болести.
- Продължава да е висока детската смъртност, независимо от изразената положителна тенденция към снижаване. Достигнатото равнище на детската

смъртност е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България и въпреки това остава 2 пъти по-високо, отколкото в ЕС.

- Неблагоприятни остават повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), сравнени с ЕС, въпреки намаляването на перинаталната и постнеонаталната детска смъртност.
- В структурата на умираанията при децата до 1-годишна възраст по причини най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болести на органите на кръвообращението и на дихателната система, обуславящи 82.5% от всички умираания в тази възраст.
- Майчината смъртност на 100 000 живородени намалява.
- Запазва се териториалните различия в нивата на отделните здравно-демографски показатели.
- Продължават да намаляват болестността и заболяемостта от туберкулоза. Намаляват и случаите с мултирезистентна форма на туберкулоза.
- Намалява заболяемостта и нараства болестността от злокачествени новообразувания.
- Броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства. Най-голям е броят на хоспитализираните на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст. Сред причините за хоспитализация водещи са болестите на органите на кръвообращението, болестите на дихателната система и болестите на храносмилателната система.
- Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 год. възраст през последните години намалява. Продължава да се увеличава броят на децата до 16 г. възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане.
- Здравното състояние на децата и учениците не се различава съществено от предходните години. Основните здравни проблеми, остават, независимо от предприетите мерки, проведените кампании и приетите нормативни документи - наднормено тегло и затлъстяване, очни аномалии, болести на нервната система. Незадоволителен остава обхватът на учениците с профилактични прегледи, особено във възрастта 14-18 години.

Рискови фактори

- Реалните доходи на населението спрямо 2011 г. нарастват при запазена структура. Работната заплата продължава да бъде най-значителният източник на приход. Населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст
- Разходите на българските домакинства също нарастват. Основната част са за задоволяване на потребностите. Продължава да намалява делът на разходите за храна, макар че се запазва относително висок в сравнение с другите европейски страни. Запазва се делът на разходите за данъци. Разходите за образование, свободно време и културен отдих, както и за жилища, вода, електроенергия и горива нарастват. Постоянен ръст бележат и разходите за здравеопазване.
- Въпреки повишения размер на минималната работна заплата, нетният ѝ размер остава под официалната линия на бедност.
- България е сред държавите-членки на ЕС, в които рискът от бедност за населението (21.8%) е над средното равнище за ЕС. Най-висок е за децата до 18-

годишна възраст и населението в над трудоспособна възраст; за безработните, пенсионерите и останалите икономически неактивни лица.

- Под границата на бедност остават около 23% от домакинствата в страната.
- Коефициентът на безработица се увеличава, като при мъжете е по-висок в сравнение с жените. Най-висок е коефициентът на безработица във възрастовата група 15-24 г.
- Продължават да бъдат съществен проблем продължително безработните, т.нар. „обезкуражени лица”, които се увеличават и през 2012 г. достигат 225.6 хил.
- Пробите с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са 13.11% за праховите аерозоли и 1.16% за газообразните замърсители.
- Нивата на шума в по-голяма част от градовете на страната са понижени. Запазва се утежненият акустичен климат в зони с приоритетна шумова защита, прилежащи към детски, лечебни и учебни заведения и места за отдих.
- В по-голяма част от зоните на водоснабдяване в страната се подава питейна вода, без трайни отклонения в качеството ѝ. Трайни отклонения в химичния състав на питейните води в някои региони на страната са регистрирани по показатели: нитрати, флуор, хром и манган.
- Няма данни за дифузни замърсявания на почвите в страната с тежки метали и устойчиви органични замърсители. Почвите са в добро екологично състояние.
- Регистрира се надвишаване на регламентираните гранични стойности на експозиция с нейонизиращи лъчения и висок професионален риск за работещите.
- По изследваните радиологични показатели за водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда не са констатирани отклонения от характерните за съответните райони стойности.
- При контрола на обекти от ядрената промишленост с национално значение не са установени отклонения от нормативните граници. Нивото на радиационната защита в страната е приемливо и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област.
- Осъществяването на пълноценно провеждане на профилактика, чрез мониторинг факторите на жизнената среда на населението изисква оптимизиране на човешките ресурси и повишаване на материалната обезпеченост.
- Повишава се общият брой трудови злополуки, но намаляват трудовите злополуки със смъртен изход.
- Запазват се положителните тенденции в модела на хранене на населението, в България.
- Хранителният статус на децата и учениците отразява небалансиран и нездравословен модел на хранене и ниската физическа активност за значителна част от тях.
- Рисковите фактори свързани с начина на живот у нас са широко разпространени сред населението. Регистрира се намаление на потреблението на цигари и нарастване на консумацията алкохолни напитки средно на лице от основно за сметка на употребата на бира на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии³⁷. Тенденцията по отношение на

³⁷ <http://www.nsi.bg/index.php>

нивото на физическата активност у нас продължава да е неблагоприятна за всички възрастови групи.

- Най-масово употребяваният наркотик е канабисът – 7% от анкетираните най-малкото са го опитали поне веднъж в живота си (350-355 хил.лица). Следва групата на стимулантите: екстази; амфетамини – 1.2% (около 60 хил.) и кокаин – 0.8% (около 40 хил.лица). Употребата на хероин е 0.3% (около 15 хил. души).

Функциониране на здравната система

- Няма съществени промени в структурата и организацията на здравната система в сравнение с предходната година. Системата на здравеопазване в България разполага с изградени структури и органи за управление и контрол, които осигуряват нейното функционално единство и взаимодействие и задоволяват основните потребности на населението от медицинска помощ.
- Предприети са действия по изготвянето, приемането и въвеждането в действие на 139 нормативни акта, в това число закони, постановления на Министерския съвет, наредби, правилници и други, които имат значение за развитието на системата на здравеопазването.
- Въпреки поддържането през последните години на минимален темп на нарастване на средствата за здравеопазване като номинална стойност, съотношението на публичните разходи за функция „Здравеопазване” като % от БВП и през 2012 г. се задържат на едно ниво.
- Разходите за "Здравеопазване" намаляват като относителен дял в структурата на разходите по консолидирания държавен бюджет.
- Променя се структурата на разходите за здравеопазване по източници на финансиране, като продължава тенденцията на намаляване на дела на средствата от републиканския бюджет за сметка на средствата от здравноосигурителни плащания. Делът на средствата, осигурявани от общини се запазва нисък, все още средствата от европейски програми съставляват несъществен дял от средствата, разходени за осигуряване дейността на сектора.
- Голяма част от дейностите, които държавата е плащала през бюджета на Министерство на здравеопазването са пренасочени за плащане през бюджета на НЗОК, без да са извършени съществени промени в планираните финансови средства. Особено силно влияние върху финансовата ситуация и стабилност на системата оказва прехвърлянето на реимбурсирането на всички лекарствени продукти (без ваксини и лечение на СПИН и туберкулоза) от бюджета на НЗОК.
- Здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност през 2012 г. формират малък относителен дял – 1.5% от общите здравноосигурителни плащания на НЗОК, но в сравнение с 2011 г. се отчита ръст от 212%, който значително надвишава ръста при останалите видове здравноосигурителни плащания. Това, както и натрупаните дължими суми по искове от другите държави, предполага значително нарастване на тези плащания в следващите години.
- Задържането на общите разходи за здраве като % от БВП на фона на нарастващите здравни потребности в резултат на влошеният здравно-демографски статус, висока задлъжнялост на болничните заведения и навлизането на нови и скъпоструващи технологии, ще окаже съществено влияние върху функционирането на системата.

- Наблюдава се увеличаване на броя на лекарите и специалистите по здравни грижи. Осигуреността на системата с човешки ресурси се доближава до средните европейски показатели на фона на прогресивно влошаване на възрастовата структура на медицинските специалисти и увеличаване на броя на медицинските специалисти, желаещи да търсят професионална реализация извън страната. Продължават диспропорциите в осигуреността с медицински специалисти по области и региони.
- Предприетите през последните години нормативни промени от страна на МЗ за защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение, на този етап не водят до съществено подобрене на процеса на следдипломно обучение на медицинските специалисти. И през 2012 г. утвърденият брой места за специализанти от Министерството на здравеопазването значително надхвърля броя на кандидатите за такова обучение. Без съществени промени остава и системата за продължаващо обучение в здравеопазването.
- Разпределението на структурите от националната здравна мрежа продължава да е неравномерно с нарастващи териториални различия и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до отделните видове медицинска помощ.
- Нарушено е взаимодействието и координацията между отделните сектори на системата – спешна помощ и първична извънболнична медицинска помощ, което нарушава интегритета на системата и намалява качеството и ефективността на медицинската помощ.
- В сектора на първичната медицинска помощ се наблюдава неравномерно териториално покритие с практики на общопрактикуващи лекари, особено в районите с влошена инфраструктура, труднодостъпни и отдалечени населени места, въпреки увеличения брой практики в тях. Намалява осигуреността на гражданите с ОПЛ средно за страната.
- Продължават да преобладават индивидуални практики за първична медицинска помощ като форма на организация на работа на общопрактикуващите лекари.
- Увеличен е броят на проведените от ОПЛ профилактични и диспансерни прегледи. Продължава да намалява броят на включените лица по програмите за майчино и детско здравеопазване.
- В сектора на специализираната извънболнична помощ се запазва тенденция за увеличаване броя на първичните и вторичните прегледи. Значително по-голямо е това увеличение в големите областни центрове, където има по-добра осигуреност със СИМП.
- Подобряване на достъпа на населението до извънболнична медицинска помощ по обем в сравнение с 2011 г., която по-ефективно отговаря на обективните потребности от здравни услуги, но наличието на регулация в извънболничната помощ прави по-лесен достъпа на гражданите към болнична помощ.
- Най-често констатираните нарушения при извършените проверки в здравната служба са слабости в организацията и управлението на лечебния процес; нарушения, свързани с неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти и нарушения, свързани с неспазване правата на пациентите, в т.ч. неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинското обслужване.
- През 2012 г. всеки трети български гражданин е ползвал системата за спешна медицинска помощ за решаване на здравен проблем. Нараства обръщаемостта към системата за спешна медицинска помощ, поради затруднения в достъпа до

извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права.

- Обемът на осъществяваната от ЦСМП дейност бележи леко увеличение, като половината от тази дейност е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които следва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ и не са обект на системата за спешна медицинска помощ.
- Осъществяваната от спешните отделения на болничните лечебни заведения спешна медицинска помощ се явява основен буфер в системата на здравеопазването, гарантиращ своевременно достъп до медицинска помощ.
- Осигуреността на населението с болнични легла през 2012 г. нараства при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа. Секторът на болничната медицинска помощ е в състояние да задоволи най-масовите потребности на населението от болнична помощ.
- Налице е обща осигуреност със структури, болнични легла и медицински персонал, но е необходимо значително вътрешно реструктуриране при ясно категоризиране и териториално разпределение на болничните заведения.
- Задържа се тенденцията за задлъжнялост на болничните лечебни заведения, особено при високотехнологичните, като се увеличават рисковете за закриване на тези в общините и отдалечените райони, поради завишени изисквания при сключването на договори.
- Честотата на хоспитализациите продължава да нараства, като използваемостта на леглата остава ниска.
- През 2012 г. са извършени общо 19 органни трансплантации, в т.ч. 13 бъбречни трансплантации, 2 сърдечни трансплантации, 4 чернодробни трансплантации; 434 трансплантации на тъкани и клетки. Дейностите по асистирана репродукция са завършили с 1068 раждания на едно дете, 263 раждания на близнаци и 11 раждания на повече от 2 деца.
- Запазва се наблюдаваната през последните 5 години тенденция на увеличаване на броя на кръводарителите.

7. ПРИЛОЖЕНИЯ

7.1. Таблици

Таблица 1. Относителен дял на населението до 14 год. възраст и над 65 год. в България и ЕС за периода 1980-2011 год.

Година	До 14 год.		Над 65 год.	
	България	ЕС	България	ЕС
1980	22.14	21.65	11.86	13.22
1981	22.11	21.43	11.85	13.21
1982	22.1	21.24	11.55	13.07
1983	21.99	20.95	11.25	12.94
1984	21.8	20.68	11.2	12.88
1985	20.84	20.42	11.56	13.01
1986	20.84	20.26	11.56	13.1
1987	21.29	19.94	11.97	13.33
1988	21.12	19.71	12.28	13.51
1989	20.82	19.48	12.61	13.68
1990	20.44	19.27	12.99	13.84
1991	20.01	19.08	13.35	14.02
1992	19.32	18.84	14.03	14.22
1993	18.81	18.64	14.41	14.42
1994	18.37	18.42	14.72	14.61
1995	17.9	18.17	15.01	14.82
1996	17.45	17.92	15.26	15.02
1997	16.99	17.69	15.48	15.21
1998	16.52	17.55	15.74	15.33
1999	16.09	17.32	16.02	15.51
2000	15.71	17.11	16.25	15.71
2001	15.19	16.88	16.83	15.91
2002	14.77	16.66	16.98	16.12
2003	14.37	16.44	17.06	16.3
2004	14	16.22	17.12	16.5
2005	13.7	16.01	17.18	16.7
2006	13.5	15.83	17.23	16.89
2007	13.42	15.7	17.28	17.02
2008	13.41	15.62	17.36	17.14
2009	13.5	15.59	17.47	17.27
2010	13.66	15.57	17.63	17.32
2011	13.3	15.55	18.65	17.5
2012	13.6	15.55	19.2	17.56

Източник: НСИ, НЦОЗА

Таблица 2. Извършени аборти в лечебните заведения през 2012 г. по възрастови групи и видове аборти

Възраст (в навършени години)	Всичко	Видове аборти			
		По мед. показания	Спонтанни	Криминални	По желание
Общо	29992	2930	9821	1	17240
< 15	111	27	68	-	16
15–19	2633	169	1039	-	1425
20–24	6135	294	1842	-	3999
25–29	7251	487	2473	-	4291
30–34	7245	585	2341	1	4318
35–39	5027	1001	1558	-	2468
40–44	1464	318	459	-	687
45–49	114	42	38	-	34
> 50	12	7	3	-	2

Източник: НЦОЗА

Таблица 3. Аборти на 1000 живородени

Страна	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Австрия	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Белгия	129.41	132.97	139.02	138.59	141.49	145.33	149.45	...	148.24	147.83	...
България	750.44	764.28	692.56	675.71	588.04	503.83	498.93	470.88	416.68	417.78	447.68
Кипър	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Чехия	334.65	310.93	289.5	282.34	258.81	239.55	221.7	215.44	208.17	204.84	221.35
Дания	233.95	233.96	240.98	235.74	236.19	231.64	247.85	256.61	263.71	256.53	...
Естония	922.74	833.71	815.05	720.48	670.31	631.44	564.18	525.33	479.92	447.84	455.68
Финландия	191.14	197.59	190.15	193.32	190.03	181.68	180.29	176.06	173.01	167.96	174.96
Франция	269.38	278.79	274.71	...	...	...	...	...	...	...	...
Германия	183.76	181.28	181.16	183.74	180.85	177.95	170.65	167.74	166.42	162.89	...
Гърция	217.27	156.16	151.14	152.71	153.38	153.44	145.31	...	...	...	...
Унгария	581.2	579.26	568.31	552.25	499.39	463.84	449.43	444.67	447.74	447.77	436.61
Ирландия	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Италия	248.55	244.69	229.65	245.08	233.33	225.81	221.69	208.81	201.8	...	...
Латвия	795.72	734.4	691.38	674.18	593.63	530.27	507.52	435.32	409.66	388.73	388.73
Литва	433.56	416.31	376.27	349.91	326.51	305.01	296.67	257.55	218.74	196.18	196.18
Люксембург	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Малта	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Холандия	140.36	145.73	143.85	149.96	152.93	153.85	156.23	154.2	153.15	150.31	...

Полша	0.34	0.45	0.5	0.54	0.62	0.91	0.83	1.2	1.29	1.55	...
Португалия	...	...	...	...	...	...	...	172.63	196.72	191.56	209.49
Румъния	1156.5	1176.1	1058.1	883.37	739.11	684.55	639.07	576.42	522.6	480.28	526.81
Словакия	445.71	435.49	409.16	373.51	355.17	353.48	336.58	321.69	292.97	285.05	277.44
Словения	446.24	418.66	396.8	359.68	323.47	297.25	261.23	249.62	214.98	194.99	196.14
Испания	171.9	184.14	180.56	186.95	196.55	210.35	227.68	222.81	225.22	232.3	...
Швеция	347.36	348.22	347.66	341.37	345.13	340.33	346.35	348.15	335.63	325.99	337.75
Великобритания	281.81	280.93	278.85	276.46	275.64	276.51	275	263.44	255.98	250.91	250.61
ЕС	279.53	279.09	268.79	261.99	251.64	246.09	242	233.11	226.68	222.4	222.14

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

Таблица 4. Умирения по причини

Умрели от:	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Болести на органите на кръвообращението	74932	75332	74380	71 492	71 306	74 392	72 582	71644
Ишемична болест на сърцето	17753	16513	15322	14 425	13 329	13 330	12 702	13851
в т.ч. инфаркт	7187	6857	6762	6514	5761	5591	5221	5137
Мозъчно съдова болест	22372	23003	23105	22 440	21 250	21 970	20 300	21783
в т.ч. инсулт	18826	19004	18543	18050	16646	17484	15991	16333
Сърдечна недостатъчност	14344	16972	16902	17 132	20 801	22 982	24 097	18532
							%	%
Структура на умрелите от:	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Болести на органите на кръвообращението	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ишемична болест на сърцето	23,7%	21,9%	20,6%	20,2%	18,7%	17,9%	17,5%	19,3%
в т.ч. инфаркт	9,6%	9,1%	9,1%	9,1%	8,1%	7,5%	7,2%	7,2%
Мозъчно съдова болест	29,9%	30,5%	31,1%	31,4%	29,8%	29,5%	28,0%	30,4%
в т.ч. инсулт	25,1%	25,2%	24,9%	25,2%	23,3%	23,5%	22,0%	22,8%
Сърдечна недостатъчност	19,1%	22,5%	22,7%	24,0%	29,2%	30,9%	33,2%	25,9%
Коефициент за смъртност на 100000 население от:	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Болести на органите на кръвообращението	968,1	978,5	971,0	937,8	940,1	987,4	987,7	980,8
Ишемична болест на сърцето	229,4	214,5	200,0	189,2	175,7	176,9	172,9	189,6
в т.ч. инфаркт	92,9	89,1	88,3	85,4	76,0	74,2	71,0	70,3
Мозъчно съдова болест	289,0	298,8	301,6	294,4	280,2	291,6	276,2	298,2
в т.ч. инсулт	243,2	246,8	242,1	236,8	219,5	232,1	217,6	223,6
Сърдечна недостатъчност	185,3	220,4	220,7	224,7	274,2	305,0	327,9	253,7

Таблица 5. Вероятност за умирање на децата преди навършване на 5 годишна възраст на 1000 живородени

Години	България	ЕС
1980	24.55	16.8
1981	23.15	16.15
1982	22.45	15.45
1983	20.63	14.72
1984	20.41	14.2
1985	19.23	13.97
1986	18.32	13.47
1987	18.57	13.57
1988	17.68	12.82
1989	18.07	12.54
1990	18.27	11.95
1991	20.7	11.39
1992	19.96	10.71
1993	19.04	10.13
1994	20.2	9.86
1995	18.22	8.99
1996	19.26	8.64
1997	22.33	8.18
1998	18.05	7.77
1999	17.87	7.38
2000	15.94	7.06
2001	17.18	6.91
2002	15.99	6.58
2003	14.33	6.32
2004	14.48	6.13
2005	12.6	5.84
2006	11.73	5.56
2007	11.15	5.36
2008	10.44	5.13
2009	10.77	5.07
2010	11.14	5.01
2011	10.22	4.78

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

Таблица 6. Майчина смъртност на 100000 живородени

Години	България	ЕС
1980	21.06	19.38
1981	24.12	20.01
1982	17.72	20.67
1983	21.95	19.91
1984	17.17	18.42
1985	12.46	17.1
1986	24.98	18.33
1987	19.71	18.03
1988	9.37	18.11
1989	18.7	18.65
1990	20.92	13.2
1991	10.43	11.7
1992	21.32	11.09
1993	14.22	9.65
1994	12.59	10.31
1995	13.9	9.32
1996	19.39	9.69
1997	18.71	8.93
1998	15.3	8.83
1999	22.13	8.08
2000	17.64	7.89
2001	19.07	7.72
2002	16.54	7.11
2003	5.77	7.36
2004	10.02	7.22
2005	11.26	5.96
2006	6.76	6.21
2007	10.62	5.68
2008	6.43	6.04
2009	4.94	6.3
2010	7.95	6.1
2011	2.82	5.69

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

Таблица 7. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2012 г.

Година	Брой заболели	Заболяемост на 100 000	Брой умрели	Смъртност на 100 000	Леталитет (%)
2000	80 167	978,74	105	1,28	0,13
2001	51 333	629,89	131	1,61	0,26
2002	51 229	649,20	124	1,57	0,24
2003	50 913	648,92	116	1,48	0,23
2004	68 954	883,88	133	1,70	0,19
2005	59 913	771,97	108	1,39	0,18
2006	67 462	874,00	122	1,58	0,18
2007	70 277	915,15	121	1,58	0,17
2008	57 916	758,04	88	1,15	0,15
2009	63 474	834,46	97	1,28	0,15
2010	68 839	910,12	110	1,45	0,16
2011	58 259	791,07	64	0,87	0,11
2012	60 998	832,48	84	1,15	0,14

* Без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, полово предавани инфекции и паразитни болести

Източник: НЦОЗА

Таблица 8. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести* в България през 2012 г.

№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболяемост (на 100 000)	Умрели (брой)	Смъртност (на 100 000)	Леталитет (%)
1	Антракс	2	0,03	0	0,00	0,00
2	БММЕ хемофилус инфлуенце	3	0,04	0	0,00	0,00
3	БММЕ пневмококов	20	0,27	6	0,08	30,00
4	БММЕ стрептококов	10	0,14	2	0,03	20,00
5	БММЕ други	113	1,54	17	0,23	15,04
6	Ботулизъм	3	0,04	0	0,00	0,00
7	Бруцелоза	1	0,01	0	0,00	0,00
8	Бяс	0	0,00	0	0,00	0,00
9	Вариант на болестта на Кройтцфелд-Якоб	0	0,00	0	0,00	0,00
10	Вариола	0	0,00	0	0,00	0,00
11	Варицела	27778	379,11	0	0,00	0,00
12	Вирусни менингити и менингоенцефалити	556	7,59	17	0,23	3,06
13	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	4	0,05	1	0,01	25,00
14	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	3	0,04	0	0,00	0,00
15	Вирусен хепатит тип А	4919	67,13	1	0,01	0,02
16	Вирусен хепатит тип В	322	4,39	11	0,15	3,42
17	Вирусен хепатит тип С	92	1,26	0	0,00	0,00

18	Вирусен хепатит тип D	3	0,04	0	0,00	0,00
19	Вирусен хепатит неопределен	254	3,47	0	0,00	0,00
20	Ентероколит	18413	251,30	12	0,16	0,07
21	Дизентерия (шигелоза)	777	10,60	0	0,00	0,00
22	Дифтерия	0	0,00	0	0,00	0,00
23	Епидемичен паротит	58	0,79	0	0,00	0,00
24	Жълта треска	0	0,00	0	0,00	0,00
25	Западнонилска треска	4	0,05	0	0,00	0,00
26	Инвазивна инфекция, пневмококова	0	0,00	0	0,00	0,00
27	Инвазивна инфекция, хемофилус инфлуенце	0	0,00	0	0,00	0,00
28	Йерсиниоза	12	0,16	0	0,00	0,00
29	Кампилобактериоза	97	1,32	0	0,00	0,00
30	Коклюш	102	1,39	0	0,00	0,00
31	Колиентерити (ешерихиози)	446	6,09	0	0,00	0,00
32	Инфекция, предизвикана от <i>E. coli</i> , продуциращи Shiga/Vero токсини (STEC/VTEC)	0	0,00	0	0,00	0,00
33	Кореман тиф/Паратиф	1	0,01	0	0,00	0,00
34	Ку треска	29	0,40	0	0,00	0,00
35	Лаймска борелиоза	412	5,62	0	0,00	0,00
36	Легионерска болест	0	0,00	0	0,00	0,00
37	Лептоспирози	7	0,10	1	0,01	14,29
38	Листериоза	10	0,14	5	0,07	50,00
39	Марсилска треска	349	4,76	6	0,08	1,72
40	Менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис)	11	0,15	5	0,07	45,45
41	Морбили	1	0,01	0	0,00	0,00
42	Орнитоза	0	0,00	0	0,00	0,00
43	Петнист тиф	0	0,00	0	0,00	0,00
44	Полиомиелит	0	0,00	0	0,00	0,00
45	Остри вяли парализи	129	1,76	0	0,00	0,00
46	Птичи грип А/Н5 или А/Н5N1 при хора	0	0,00	0	0,00	0,00
47	Ротавирусен гастроентерит	2083	28,43	0	0,00	0,00
48	Рубеола	18	0,25	0	0,00	0,00
49	Вродена рубеола	0	0,00	0	0,00	0,00
50	Салмонелоза	839	11,45	0	0,00	0,00
51	Скарлатина	3115	42,51	0	0,00	0,00
52	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0,00	0	0,00	0,00
53	Тетанус	2	0,03	0	0,00	0,00
54	Туларемия	0	0,00	0	0,00	0,00
55	Холера	0	0,00	0	0,00	0,00
56	Чума	0	0,00	0	0,00	0,00
ОБЩО		60998	832,48	84	1,15	0,14

*Без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, полово предавани инфекции и паразитни болести

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Таблица 9. Заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи през 2012 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболяемост на 10 000
0-4	19 744	28 429	14 398,80
5-14	32 324	29 029	8 980,63
15-29	77 676	29 857	3 843,79
30-64	196 891	32 671	1 659,34
65+	53 888	5 456	1 012,47
Общо	380 523	125 442	3 296,57

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Таблица 10. Брой заболели и заболяемост от остър вирусен хепатит тип В по възрастови групи в България през 2012 г.

Възраст	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Брой заболели	2	1	10	8	17	62	36	43	30	14	16	20	16	16	31
Заболяемост	3.02	0.36	3.11	2.56	4.75	13.02	7.34	8.26	5.45	2.68	3.31	3.92	3.05	3.02	2.24

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Таблица 11. Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания по локализации.

Локализация на новообразуването по МКБ-10	2011		2012	
	Общо	В т.ч.: новооткрити	Общо	В т.ч.: новооткрити
Общо	3602.7	448.7	3703.0	432.4
Устни, устна кухина и фаринкс	105.0	11.3	104.4	10.4
в т.ч.: устна	56.9	2.6	55.9	2.2
Храносмилателни органи	542.4	104.0	548.3	96.4
в т.ч.: стомах	74.6	19.1	71.1	17.0
дебело черво	229.2	32.4	237.3	32.4
ректосигмоидална област, право черво (ректум), анус и анален канал	168.1	23.9	173.3	22.8

Дихателни органи и гръден кош	213.7	56.8	210.3	52.4
в т. ч.: трахея, бронхи и бял дроб	138.8	48.3	135.0	44.8
Кости и ставни хрущяли	10.7	0.8	10.7	0.8
Меланом и други злокачествени новообразувания на кожата	775.0	62.2	801.0	64.7
Мезотелиална и меки тъкани	37.7	4.6	39.2	4.3
Млечна жлеза	646.4	51.1	667.8	49.4
в т.ч.: млечна жлеза при жените	1246.4	98.2	1286,9	95,2
Женски полови органи	1063.3	82.1	1092,3	80,1
в т.ч.: шийка на матката	371.5	27.3	384,6	26,2
тяло на матката	459.5	31.3	469,1	29,8
яйчник	183.5	19.5	187,9	19,6
Мъжки полови органи	419.1	76.6	460,3	82,1
в т.ч.: простата	311.2	70.6	346,5	74,5
Пикочна система	230.0	30.2	238.2	28.7
в т. ч.: пикочен мехур	159.7	20.9	165.3	19.7
Око, главен мозък и други части на централната нервна система	44.4	8.8	43.4	7.0
Щитовидна и други ендокринни жлези	63.1	3.8	66.2	3.3
Неточно определени, вторични и неуточнени локализации	42.7	17.7	41.9	17.2
Лимфна, кръвотворна и сродните им тъкани	141.9	17.9	147.0	16.8
Самостоятелни (първични) множествени локализации	-	-	-	-

Източник: НЦОЗА

Таблица 12. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения по класове през 2012 г.

№ по МКБ-10	Класове	Брой	На 100000 население	Структура (%)
	Общо	2 040 666	27936.6	100.0
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	51 809	709.3	2.5
II.	Новообразувания	135 885	1 860.3	6.7
III.	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	15 732	215.4	0.8
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	70 622	966.8	3.5
V.	Психични и поведенчески разстройства	49 847	682.4	2.4
VI.	Болести на нервната система	72 245	989.0	3.5
VII.	Болести на окото и придатъците му	63 919	875.0	3.1
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	30 853	422.4	1.5
IX.	Болести на органите на кръвообращението	293 437	4 017.1	14.4
X.	Болести на дихателната система	216 612	2 965.4	10.6
XI.	Болести на храносмилателната система	180 551	2 471.7	8.9
XII.	Болести на кожата и подкожната тъкан	39 710	543.6	1.9
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	99 803	1 366.3	4.9
XIV.	Болести на пикочо-половата система	151 670	2 076.4	7.4
XV.	Бременност, раждане и послеродов период	135 476	1 854.7	6.6
XVI.	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	21 671	296.7	1.1
XVII.	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	6 064	83.0	0.3
XVIII.	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	9 754	133.5	0.5
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	110 339	1 510.5	5.4
XXI.	Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби ¹⁾	284 667	3 897.1	14.0

Източник: НЦОЗА

Таблица 13. Освидетелствани и преосвидетелствани инвалиди по възрастови групи и пол през периода 2001–2012 година

Възраст	2001 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
<i>ОБЩО</i>								
16-19 години	2753	1,6	3429	1,5	3297	1,6	3228	1,7
20-29 години	8210	4,6	7713	3,4	7025	3,3	7043	3,7
30-39 години	13033	7,4	14238	6,2	13259	6,3	13412	7,0
40-49 години	30017	17,0	33513	14,7	30610	14,6	29664	15,5
50-59 години	54891	31,0	78616	34,4	75714	36,1	76577	40,1
60-64 години	68043	38,5	91199	39,9	80048	38,1	61207	32,0
60+ години								
ВСИЧКО	176947	100,0	228708	100,0	209953	100,0	191131	100,0
<i>МЪЖЕ</i>								
16-19 години	1626	1,9	1975	1,8	1987	2,0	1866	1,9
20-29 години	4953	5,8	4556	4,3	4172	4,1	4092	4,3
30-39 години	7004	8,2	7305	6,8	6664	6,6	6891	7,2
40-49 години	14316	16,7	15210	14,2	13940	13,8	13851	14,5
50-59 години	29004	33,9	36640	34,2	35206	34,8	35584	37,2
60-64 години	28722	33,5	41505	38,7	39162	38,7	33494	35,0
65+ години								
ВСИЧКО	85625	100,0	107191	100,0	101131	100,0	95778	100,0
<i>ЖЕНИ</i>								
16-19 години	1127	1,2	1454	1,2	1310	1,2	1362	1,4
20-29 години	3257	3,6	3157	2,6	2853	2,6	2951	3,1
30-39 години	6029	6,6	6933	5,7	6595	6,1	6521	6,8
40-49 години	15701	17,2	18303	15,1	16670	15,3	15813	16,6
50-59 години	25887	28,3	41976	34,5	40508	37,2	40993	43,0
60-64 години	39321	43,1	49694	40,9	40886	37,6	27713	29,1
65+ години								
ВСИЧКО	91322	100,0	121517	100,0	108822	100,0	95353	100,0

Източник: НЦОЗА

Освидетелствани и преосвидетелствани инвалиди по възрастови групи и пол през периода 2001–2012 година (*продължение и край*)

Възраст	2008		2009		2010		2011		2012	
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
<i>ОБЩО</i>										
16-19 г.	3211	1,7	3120	1,7	2838	1,6	1945	1,1	1856	1.1
20-29 г.	6838	3,7	6543	3,6	6790	3,8	6657	3,7	6228	3.6
30-39 г.	13578	7,4	12995	7,1	13264	7,4	12797	7,0	12206	7.1
40-49 г.	28721	15,7	27755	15,2	28385	15,8	27302	15,0	25200	14.6
50-59 г.	75707	41,3	73331	40,1	72921	40,5	69473	38,3	64662	37.5
60-64 г.	55465	30,2	59171	32,3	55683	31,0	28338	15,6	28182	16.3
65+ г.							35006	19,3	34221	19.8
ВСИЧКО	183520	100,0	182915	100,0	179881	100,0	181518	100,0	172555	100.0
<i>МЪЖЕ</i>										
16-19 г.	1857	2,0	1785	1,9	1642	1,8	1065	1,2	1025	1.2
20-29 г.	3913	4,2	3892	4,2	3870	4,2	3862	4,2	3458	3.9
30-39 г.	6926	7,5	6727	7,3	6911	7,6	6694	7,3	6381	7.3
40-49 г.	13503	14,6	13297	14,5	13569	14,9	13097	14,3	12176	13.9
50-59 г.	34769	37,5	33433	36,4	33645	36,9	32172	35,0	30033	34.3
60-64 г.	31686	34,2	32720	35,6	31536	34,6	19317	21,0	18736	21.4
65+ г.							15590	17,0	15766	18.0
ВСИЧКО	92654	100,0	91854	100,0	91173	100,0	91797	100,0	87575	100.0
<i>ЖЕНИ</i>										
16-19 г.	1354	1,5	1335	1,5	1196	1,3	880	1,0	831	1.0
20-29 г.	2925	3,2	2651	2,9	2920	3,3	2795	3,1	2770	3.3
30-39 г.	6652	7,3	6268	6,9	6353	7,2	6103	6,8	5825	6.9
40-49 г.	15218	16,7	14458	15,9	14816	16,7	14205	15,8	13024	15.3
50-59 г.	40938	45,1	39898	43,8	39276	44,3	37301	41,6	34629	40.7
60-64 г.	23779	26,2	26451	29,0	24147	27,2	9021	10,1	9446	11.1
65+ г.							19416	21,6	18455	21.7
ВСИЧКО	90866	100,0	91061	100,0	88708	100,0	89721	100,0	84980	100.0

Източник: НЦОЗА

Таблица 14. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на децата, проведен в периода септември – декември 2012 г.

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой деца	В това число	
			0-3 г.	3-7 г.
Общ брой деца	0	231492	31579	199913
Общо прегледани деца	01	213688	30226	183462
Туберкулоза (A15-A19)	02	7	1	6
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	15	2	13
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	17	2	15
Захарна болест (диабет) (E10)	05	85	5	80
Затлъстяване (E65-E68)	06	1458	107	1351
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	178	32	146
Неврози (F40-F48)	08	67	6	61
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	430	47	383
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	420	33	387
Олигофрения (F70-F79)	11	31	1	30
Детска церебрална парализа (G80)	12	212	12	200
Епилепсия (G40)	13	365	27	338
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	236	8	228
Смушения в зрението (H53)	15	1441	81	1360
Слепота и намалено зрение (H54)	16	155	4	151
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	286	48	238
в т.ч. Глухота (H90)	18	106	16	90
Остър ревматизъм и хронична ревмат.кардиопатия (I00-I09)	19	5		5
Хипертонична болест (I10-I15)	20	3		3
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	2727	741	1986
Алергичен ринит (J30)	22	1246	202	1044
Пневмония (J12-J18)	23	1784	515	1269
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	1188	309	879
Астма (J45)	25	2426	242	2184
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	12		12
Гастрит и дуоденит (K29)	27	162	13	149
Абдоминална херния (K40-K46)	28	24	3	21
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	7		7
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	12	1	11
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	82	10	72
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	9		9
Кръвотечения от половите орг. и смущения на менструацията (N91-N94)	33			
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	25		25
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	136	16	120
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	81	3	78
Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	337	29	308
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	167	17	150
крипторхизъм (Q53)	39	24	2	22
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	66	1	65
Други	41	2798	377	2421
Открити заболявания - всичко	42	18600	2882	15718
На 1000 прегледани деца		87 ‰	95 ‰	86 ‰

Таблица 15. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста

I група норма	II група разширена норма	III група извън нормата	
		под ($X - 2S$)	над ($X + 2S$)
брой деца ($X \pm 1S$)	брой деца между ($X \pm 1S$) и ($X \pm 2S$)		
204 221	18 966	2 884	2 474
89.4 %	8.3 %	1.3 %	1.1 %

Таблица 16. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса

I група норма	II група разширена норма	III група извън нормата	
		под ($X - 2S$)	над ($X + 2S$)
брой деца ($X \pm 1S$)	брой деца между ($X \pm 1S$) и ($X \pm 2S$)		
200 961	20 709	2 631	4 245
87.9 %	9.1 %	1.2 %	1.9 %

Таблица 17. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците, проведен в периода септември – декември 2012 г.

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой ученици всичко	В това число:		
			I клас	VII клас	X клас
Общ брой ученици	0	658243	58529	55369	48580
Общо прегледани ученици	01	553709	50096	45747	39295
Туберкулоза (A15-A19)	02	61	6	10	10
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	182	19	15	20
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	265	11	34	41
Захарна болест (диабет) (E10)	05	761	53	89	93
Затлъстяване (E65-E68)	06	12017	1104	1405	870
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	412	44	45	40
Неврози (F40-F48)	08	389	40	42	57
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	937	134	77	31
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	1857	259	164	75
Олигофрения (F70-F79)	11	998	92	90	55
Детска церебрална парализа (G80)	12	678	108	61	58
Епилепсия (G40)	13	1705	182	190	168
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	2158	199	327	226
Смущения в зрението (H53)	15	5930	576	747	459
Слепота и намалено зрение (H54)	16	524	60	61	54
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	658	75	95	35
в т.ч. Глухота (H90)	18	433	51	39	18
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	81	6	4	10
Хипертонична болест (I10-I15)	20	450	11	60	101
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	939	236	124	36
Алергичен ринит (J30)	22	1574	207	154	114
Пневмония (J12-J18)	23	621	126	86	28
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	733	172	117	44
Астма (J45)	25	4297	611	451	281
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	278	32	23	21
Гастрит и дуоденит (K29)	27	508	28	70	93
Абдоминална херния (K40-K46)	28	72	8	16	8
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	59	3	7	3
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	87	11	8	12
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	315	25	38	39
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	220	6	15	37
Кръвотечения от полов. орг. и смущ. на менструацията (N91-N94)	33	168	3	10	40
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	462	8	49	76
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	702	45	88	98
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	2941	360	370	195

Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	1195	130	118	96
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	610	70	48	37
крипторхизъм (Q53)	39	46	4	2	3
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	260	10	13	30
Други	41	2639	270	365	151
Открити заболявания - всичко	42	46506	5121	5224	5116
На 1000 прегледани ученици със заболяване са:		84 ‰	102 ‰	114 ‰	130 ‰

Таблица 18. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста на учениците

I група норма				II група разширена норма				III група извън нормата							
брой ученици (X ± 1S)				брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)				под (X - 2S)				над (X + 2S)			
7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.	
Момче-та	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
178335	167305	93907	89335	25623	23958	14604	13056	3951	3891	1928	1646	5107	4701	4031	3076
83.7 %	83.7 %	82 %	83.4 %	12 %	12 %	12.8 %	12.2 %	1.9	1.9	1.7	1.5 %	2.4	2.4 %	3.5 %	2.9 %

Таблица 19. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса

I група норма				II група разширена норма				III група извън нормата							
брой ученици (X ± 1S)				брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)				под (X - 2S)				над (X + 2S)			
7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.	
Момче-та	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
173 010	162175	93071	87 736	26628	25926	14689	13900	3548	3574	2128	2097	9938	8333	5091	3 687
81.2 %	81.1 %	80.9 %	81.7 %	12.5 %	13 %	12.8 %	12.9 %	1.7	1.8	1.9	2 %	4.7 %	4.2 %	4.4 %	3.4 %

Таблица 20. Физическа дееспособност

Показател	Общ брой ученици	7 - 14 г.		14 - 18 г.	
		Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
Брой ученици, получили оценка над среден (3) при изследване на физическата дееспособност	623 193 – 96.4 %	208 146	193 237	116 880	104 921
Брой ученици, освободени от часовете по физическо възпитание	11 757 - 1.8 %	2 312	2 467	2 535	4 443
Брой ученици, включени в групи по лечебна физкултура в училище	2 445	938	825	377	297

Таблица 21. Болни под наблюдение на психиатричните заведения, клиники, отделения, кабинети и амбулатории по вид на заболяването

Наименование на болестите по МКБ-10	2011		2012	
	Брой	на 100 000 население	Брой	на 100 000 население
Общо	151002	2060.8	144310	1981.7
Психични и поведенчески разстройства	141618	1932.8	135390	1859.2
Деменция	2980	40.7	2549	35.0
Делир, непредизвикан от алкохол и други психоактивни вещества	632	8.6	542	7.4
Други разстройства, дължащи се на мозъчно заболяване	4253	58.0	4019	55.2
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол	13199	180.1	12119	166.4
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества	927	12.7	996	13.7
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди	750	10.2	837	11.5
Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства	36347	496.1	35358	485.6
Шизофрения	28365	387.1	27994	384.4
Остри и преходни психотични разстройства	2766	37.7	2651	36.4
Разстройства на настроението [афективни разстройства]	26813	365.9	25609	351.7
Маниен епизод	3167	43.2	3054	41.9
Биполярно афективно разстройство	7266	99.2	6702	92.0
Депресивен епизод	6616	90.3	6412	88.1
Рецидивиращо депресивно разстройство	8847	120.7	8537	117.2
Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства	14543	198.5	13970	191.8
Разстройства на храненето, съня и сексуалността	158	2.2	122	1.7
Разстройства на личността и поведението в зряла възраст	5660	77.2	5516	75.7
Умствена изостаналост	32825	448.0	31375	430.9

Специфични разстройства в развитието	854	11.7	768	10.5
Генерализирани разстройства в развитието	436	6.0	447	6.1
Хиперкинетични разстройства	534	7.3	518	7.1
Други разстройства в поведението и емоциите	415	5.7	417	5.7
Неорганична енуреза	595	8.1	588	8.1
Всички останали класове болести	9384	128.0	8920	122.5
Епилепсия	9373	127.9	8917	122.5

Източник: НЦОЗА

Таблица 22. Пунктове за мониторинг и изследвания на качеството на атмосферния въздух

РЗИ	Брой пунктове	По ДЗК				По заявки, договори			
		Извършени лабораторни изследвания				Извършени лабораторни изследвания			
		за прах и аерозоли		за газове		за прах и аерозоли		за газове	
		брой проби	от тях нестандартни	брой проби	от тях нестандартни	брой проби	от тях нестандартни	брой проби	от тях нестандартни
БУРГАС	1	62	3	729	29			11	
ВРАЦА	1	230	-	3680	-			8	
КЪРДЖАЛИ	1	139	2	764	2				
ПЕРНИК	2	381	201	6096	69	2		8	
ПЛОВДИВ	1	346	48	1956	8				
РУСЕ	2	220	27	2560	-	3			
СРЗИ	3	954	26	20046	2				
СОФИЯ ОБЛАСТ	2	660	92	7920	403				
СТ.ЗАГОРА	1	66	-	402	4				
ЯМБОЛ	3	15	4	120	-				
ВСИЧКО	17	3 073	403	44 273	517	5		27	

Таблица 23. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р. България в периода 2006-2012 г. (%)

Година	Общ брой пунктове	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони в %						
		под 58 dB(A)	58-62 dB(A)	63-67 dB(A)	68-72 dB(A)	73-77 dB(A)	78-82 dB(A)	над 82 dB(A)
2006	100%	14.04%	18.03%	32.64%	27.32%	7.40%	0.57%	0.00%
2007	100%	18.03%	16.34%	26.62%	30.42%	8.31%	0.28%	0.00%

2008	100%	17.91%	17.91%	28.51%	26.03%	8.95%	0.69%	0.00%
2009	100%	19.26%	16.23%	31.22%	26.27%	7.02%	0.00%	0.00%
2010	100%	20.83%	15.52%	32.04%	24.43%	7.18%	0.00%	0.00%
2011	100%	21.05%	16.09%	32.32%	24.07%	6.46%	0.00%	0.00%
2012	100%	22.63%	17.08%	32.78%	20.80%	6.89%	0.00%	0.00%

Източник: РЗИ

Таблица 24. Извършени инспекции в обекти с източници на йонизиращи лъчения по области и степен на сложност

Видове обекти	Извършени проверки (брой)					
	НЦРРЗ	РЗИ Бургас	РЗИ Варна	РЗИ Враца	РЗИ Пловдив	РЗИ Русе
Първа степен на сложност	16	-	27	17	8	6
Втора степен на сложност	38	-	101	43	42	92
Трета степен на сложност	1 160	322	423	502	577	294
ОБЩО	1 214	322	551	562	627	392

Таблица 25. Потребление на цигари средно на лице от домакинство по години

Продукти и напитки	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Цигари - бр.	1000	1000	1000	916	978	931	926	726	854	860	778	591	547	601

Източник: НСИ

Таблица 26. Потребление на алкохолни напитки средно на лице от домакинство³⁸

Продукти и напитки	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Алкохолни напитки - л	19,6	17,1	18,2	18,5	21,4	22,6	22,4	23,1	24,8	24,9	25,5	23,6	23,2	26,3
Бира	10,1	8,7	8,6	8,5	10,0	11,4	12,0	14,4	15,9	16,1	16,1	15,8	15,6	18,1
Вина	6,5	5,8	6,9	7,2	8,3	8,3	7,5	6,0	6,3	6,2	6,7	5,5	5,2	5,5
Ракии	2,5	2,3	2,4	2,4	2,7	2,6	2,5	2,3	2,1	2,1	2,2	2,0	1,9	2,1
Други спиртни напитки	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5

Източник: НСИ

³⁸ <http://www.nsi.bg/index.php>

Таблица 27. Медицински персонал (брой)

Вид	Брой						
	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012
Лекари	21796	28497	27526	28197	27997	28411	28643
Лекари по дентална медицина	4839	6109	6778	6493	6355	6655	6706
Медицински специалисти по здравни грижи в т. ч.:	77532	88387	49840	47657	47468	47427	47806
фелдшери	7355	7617	3158	2466	2417	2439	2456
акушерки	7897	7544	4131	3455	3247	3270	3291
медицински сестри	45449	53810	31479	31235	31786	31609	32059
лаборанти (клинични и рентгенови)	6757	7604	5964	5935	5765	5837	5731
Зъботехници	2342	2858	1305	1401	1280	1514	1494
друг	7732	8954	3803	3165	2973	2758	2775

Източник: НСИ, НЦОЗА

Таблица 28. Медицински персонал (осигуреност на 10 000 души)

	Осигуреност на 10 000 души		
	2012 г.	2011 г.	2010 г.
Лекари	39.3	38,8	37,3
Лекари по дентална медицина	9.2	9,1	8,5
Медицински специалисти по здравни грижи в т. ч.:	65.6	64,7	63,2
фелдшери	3.4	3,3	3,2
акушерки	4.5	4,5	4,3
медицински сестри	44.0	43,1	42,4
лаборанти (клинични и рентгенови)	7.9	8,0	7,7
зъботехници	2.1	2,1	1,7
друг	3.8	3.8	4.0

Източник: НСИ, НЦОЗА

Таблица 29. Лекарите по области и специалности за 2012 г.

Области	Лекари	отн. дял	Вътрешни болести	Детски болести	Инфекциозни болести	Кардиология	Кожни и венерически болести	Нервни болести	Обща медицина	Пневмология и фтизиатрия	Психиатрия	Физикална и рехабилитационна медицина	Ортопедия и травматология	Очни болести	Урология	Ушно-носно-гърлени болести	Акушерство и гинекология	Хирургия	Клинична лаборатория	Образна диагностика	Други специалности		Лекари по дентална медицина
																					общо	в т.ч. общо-практикуващи лекари	
България	28643	100.0	1388	1426	211	1143	358	1177	197	512	523	479	775	642	415	522	1395	1464	615	851	14550	4900	6706
Благоевград	908	3.2	46	53	9	27	7	31	2	13	6	13	23	13	8	15	35	47	23	21	516	200	264
Бургас	1179	4.1	63	68	7	41	9	53	4	14	25	19	30	23	16	30	54	70	25	47	581	223	279
Варна	2139	7.5	90	123	16	95	34	74	98	43	46	35	46	66	31	39	112	91	34	69	997	311	479
Велико Търново	817	2.9	37	42	5	26	7	37	3	11	20	17	9	13	9	7	28	39	17	19	471	179	193
Видин	343	1.2	18	20	1	11	8	10	1	9	5	5	4	6	0	6	14	16	6	6	197	75	99
Враца	676	2.4	36	35	4	16	5	25	4	16	10	9	19	8	6	10	31	38	12	23	369	112	119
Габрово	487	1.7	24	33	3	18	6	22	5	16	11	11	17	8	9	8	21	15	10	15	235	92	102
Добрич	525	1.8	18	36	5	19	5	23	4	6	18	12	11	8	4	9	27	19	7	16	278	143	121
Кърджали	394	1.4	15	26	4	10	5	14	2	6	11	3	6	7	3	5	21	19	9	10	218	66	117
Кюстендил	473	1.7	23	26	6	16	3	24	4	8	7	11	14	9	5	4	24	23	9	11	246	94	113
Ловеч	576	2.0	39	26	4	13	1	17	2	10	26	5	12	5	4	5	18	22	13	13	341	94	113
Монтана	477	1.7	18	18	4	14	4	22	0	14	5	8	9	6	7	6	19	18	8	10	287	102	88
Пазарджик	855	3.0	62	65	7	23	11	40	2	21	12	16	35	16	13	14	44	53	23	23	375	187	227
Перник	355	1.2	32	15	2	4	5	15	1	5	6	3	7	8	5	5	12	19	3	13	195	86	117
Плевен	1316	4.6	40	67	6	58	14	47	5	27	24	18	35	26	11	20	72	54	28	39	725	211	155
Пловдив	3126	10.9	126	144	24	120	42	123	4	39	48	52	89	80	61	65	156	163	64	93	1633	510	975
Разград	316	1.1	18	16	2	6	3	20	0	6	4	3	5	7	4	7	16	18	7	11	163	59	63
Русе	751	2.6	36	40	7	22	5	26	0	15	28	10	16	13	9	9	31	30	17	24	413	142	182

Силистра	314	1.1	13	25	4	6	3	18	0	5	3	3	4	4	5	4	21	11	6	9	170	64	65
Сливен	604	2.1	25	27	9	25	8	19	2	8	4	12	12	6	4	19	23	23	13	17	348	126	136
Смолян	335	1.2	14	17	3	14	2	14	0	1	2	6	7	6	4	5	15	15	6	8	196	81	110
София (столица)	5833	20.4	225	250	35	313	103	235	19	107	90	102	210	191	101	120	357	300	145	187	2743	870	1685
София	963	3.4	41	43	7	36	6	38	1	19	13	18	27	23	18	13	48	56	22	33	501	170	127
Стара Загора	1398	4.9	69	64	11	47	16	57	13	25	34	23	30	25	13	24	65	66	32	39	745	256	282
Търговище	362	1.3	13	26	2	6	4	16	2	4	8	4	14	11	5	4	16	21	10	8	188	58	62
Хасково	722	2.5	33	43	7	24	9	34	0	13	9	6	13	15	6	12	31	39	17	20	391	161	199
Шумен	543	1.9	14	30	4	17	2	21	0	8	12	9	9	5	9	7	28	28	11	11	318	130	101
Ямбол	394	1.4	18	19	3	19	4	10	1	5	6	3	9	5	4	6	20	23	10	10	219	98	97

Източник: НЦОЗА

Таблица 30. Болнични легла по видове през 2012 г.

Видове легла	Брой	Структура (%)	Осигуреност на 10000 население
Всичко¹⁾	45726		62.8
от тях:			
Общо²⁾	42021	100.0	57.7
от тях:			
За анестезиология и интензивно лечение	2371	5.6	3.3
в т.ч.: вътрешни болести	91	0.2	0.1
кардиология	388	0.9	0.5
детски болести	153	0.3	0.2
хирургия	118	0.3	0.2
нервни болести	257	0.6	0.4
гинекология	31	0.1	0.0
ОАРИЛ	1134	2.7	1.6
други	199	0.5	0.3
За активно лечение	32609	77.6	44.8
в т.ч.: вътрешни болести	2554	6.1	3.5
гастроентерология	1130	2.7	1.6
ендокринология и болести на обмяната	611	1.5	0.8
кардиология	1970	4.7	2.7
ревматология	413	1.0	0.6
пневмология и фтизиатрия	2047	4.9	2.8
нефрология	533	1.3	0.7
клинична хематология	413	1.0	0.6
педиатрия	2214	5.3	3.0
детски кърмачески	412	1.0	0.6
неонатология	1236	2.9	1.7
хирургия	4049	9.6	5.6
ортопедия и травматология	1737	4.1	2.4
урология	869	2.1	1.2
неврохирургия	428	1.0	0.6
гинекология	1139	2.7	1.6
родилни	1319	3.1	1.8
патологична бременност	682	1.6	0.9
инфекциозни болести	816	1.9	1.1
очни болести	696	1.7	1.0
ушно-носно-гърлени болести	679	1.6	0.9
психиатрия	2493	5.9	3.4
нервни болести	2736	6.5	3.7
кожни и венерически болести	266	0.6	0.4
клинична токсикология	64	0.2	0.1

онкология	1103	2.6	1.5
За долекуване и продължително лечение	6726	16.0	9.2
в т.ч.: вътрешни болести	331	0.8	0.5
кардиология	-	-	-
ревматология	-	-	-
пневмология и фтизиатрия	468	1.1	0.7
ортопедия и травматология	-	-	-
психиатрия	541	1.3	0.7
нервни болести	102	0.2	0.1
хипотрофични, увредени и недоносени деца	33	0.1	0.0
физикална и рехабилитационна медицина	5178	12.3	7.1
други	73	0.2	0.1
Дневен стационар	315	0.8	0.4

Източник: НЦОЗА

Таблица 31. Брой, структура и осигуреност по видове легла за 2012 г.

Видове легла	Брой	Структура (%)	Осигуреност на 10000 население
Всичко²⁾	48308		66.3
от тях:			
Общо³⁾	44603	100.0	61.3
от тях:			
Легла за активно и интензивно лечение	33641	75.4	46.2
Легла за дългосрочна грижа	1007	2.2	1.4
Психиатрични легла	4665	10.5	6.4
Други легла	5290	11.9	7.3
в т.ч.: физиотерапия и рехабилитация	5178	11.6	7.1
дневен стационар	112	0.3	0.2

Източник: НЦОЗА

Таблица 32. Дейност на стационарите на лечебните заведения през 2012 г.

Видове заведения	Преминали	Използвае- мост на леглата (дни)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 лекуван болен (дни)	Леталитет (%)
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко¹⁾	1897217	256	46	5.6	1.3
Многопрофилни болници	1219769	266	50	5.4	1.8
Многопрофилна болница за активно лечение	1219716	266	50	5.4	1.8
Специализирани болници	288456	261	38	6.8	0.4
Специализирана болница за активно лечение	167523	278	47	5.9	0.6
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	10038	302	37	8.2	0.2
Специализирана болница за долекуване, прод. лечение и рехабилитация	24347	260	26	10.1	0.6
Специализирана болница за рехабилитация	86548	235	31	7.5	0.0
Психиатрични болници	11796	282	5	58.5	0.9
Частни заведения за болнична помощ	377196	204	57	3.6	0.4
Комплексни онкологични центрове	57619	270	50	5.4	0.6
Центрове за кожно- венерически заболявания	3356	293	37	7.9	0.0
Центрове за психично здраве	20324	300	15	19.9	0.1

Източник: НЦОЗА

Таблица 33. Програми за лечение с агонисти и агонист-антагонисти през 2012 г.

Програми за лечение с агонисти и агонист- антагонисти	Общ брой	Места за лечение с Метадон	Места за лечение със Субститол	Места за лечение с Бупренорфин
Програми с държавно и/или общинско участие	9	1 450	-	-
Програми без държавно и/или общинско участие	22	3 231	460	30
Общо:	31	4 681	460	30

Източник: НЦН

Таблица 34. Разпределение на пациентите по възрастови групи в края на 2012 г.:

Възрастови групи	Брой пациенти
18 - 24 г.	349
25 – 35 г.	2302
36 - 45г.	638
над 45	156
Общо	3 445

Източник НЦН**Таблица 35.** Донори на органи трансплантации 2012 г.

ВИД ДОНОРИ	трупни	живи	нереализирани	общо
брой донори	4	12	6	22
взети органи:				
бъбреци	8	9		17
черен дроб	3	3		6
сърце	2			2
бял дроб	0			0

Източник: ИАТ**Таблица 36.** Брой кръводарявания през 2012 г.

	общ брой	от тях:										на 1000 души население
		от безвъзмездни		от донори		от близки и родственици		от доброволни		от дарители на кръвни съставки		
		брой	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%	
НЦТХ	66 821	63 399	95 %	1 918	2,9	49 984	74,8	13 415	20,1	1 504	2,3	26,0
РЦТХ Пловдив	36 418	36 165	99%	230	0,6	25 626	70,4	10 539	28,9	23	0,1	24,6
РЦТХ Ст. Загора	21 528	21 338	99%	190	0,9	16 138	75,0	5 200	24,2	0	0,0	20,0
РЦТХ Варна	22 969	22 444	98 %	525	2,3	16 749	72,9	5 695	24,8	0	0,0	21,2
РЦТХ Плевен	20 115	20 115	100%	0	0,0	15 026	74,7	5 089	25,3	0	0,0	17,4
ВМА	5 639	5 464	97 %	0	0,0	3 805	67,5	1 659	29,4	175	3,1	
за страната	167 851	163 461	97 %	2 863	1,7	123 523	73,6	39 938	23,8	1 527	0,9	22,8

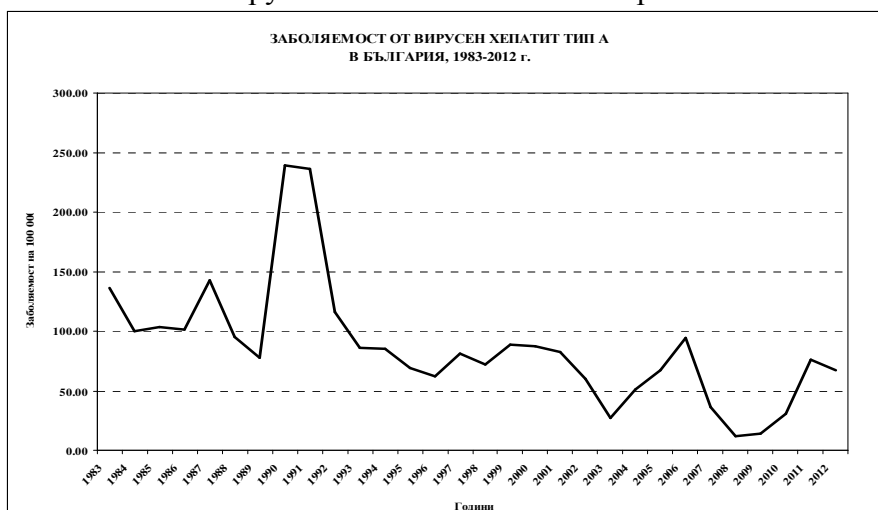
Източник: НЦТХ**Таблица 37.** Обслужени лица от центрoвете за спешна помощ, спешните отделения и портали на лечебните заведения 2011 г.– 2012 г.

	2011 г.		2012 г.	
	Брой	Отн. дял (%)	Брой	Отн. дял (%)
Обслужени лица – всичко	2 496 265	100.0	2 466 151	100.0
от тях:				
ЦСМП	1 279 529	51.3	1 304 527	52.9
в т.ч. при изпълнени повиквания	690 363	27.7	721 534	29.3
Спешни отделения	1 179 226	47.2	1 119 269	45.4

Източник НЦОЗА

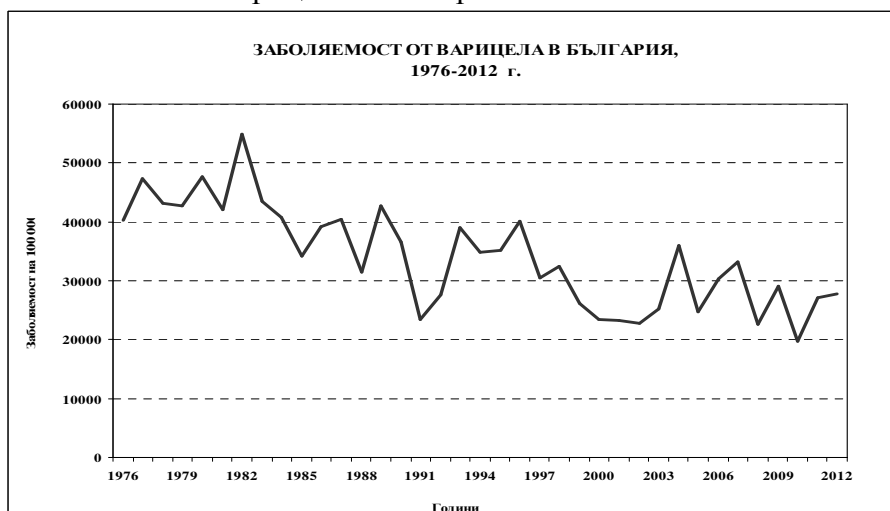
7.2. Фигури

Фигура 1. Заболяемост от вирусен хепатит тип А в България



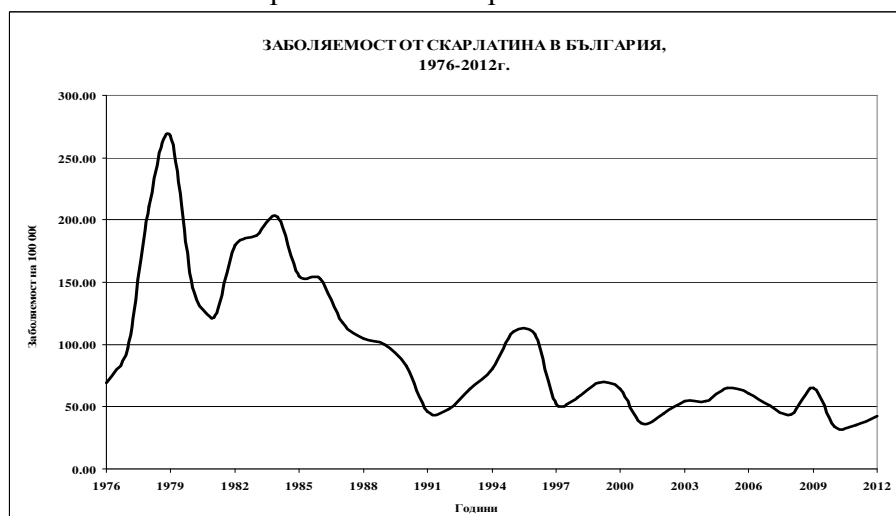
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Фигура 2. Заболяемост от варицела в България



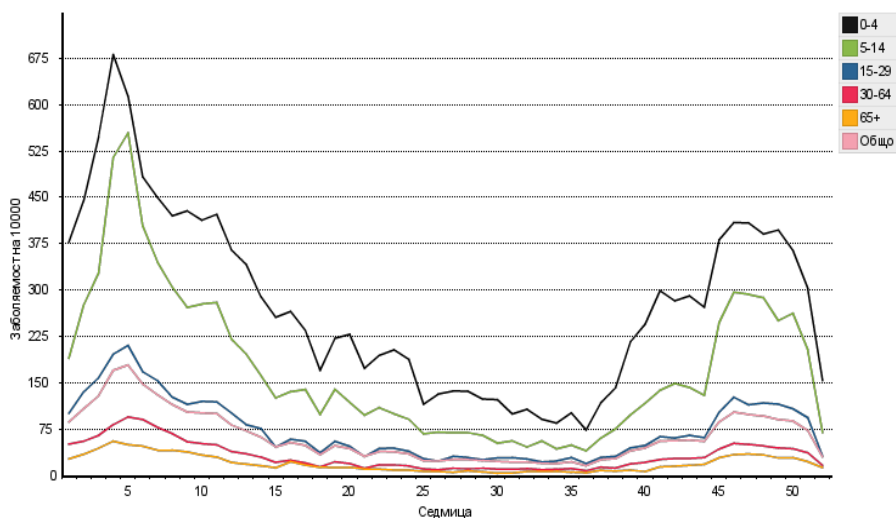
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Фигура 3. Заболяемост от скарлатина в България



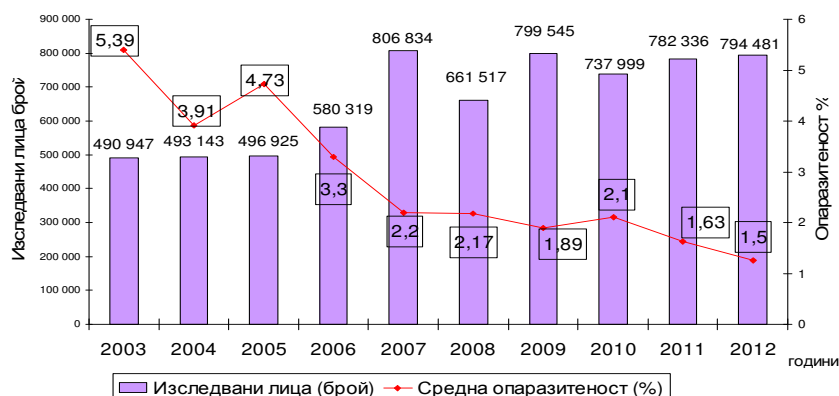
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Фигура 4. Седмична заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2012 г.



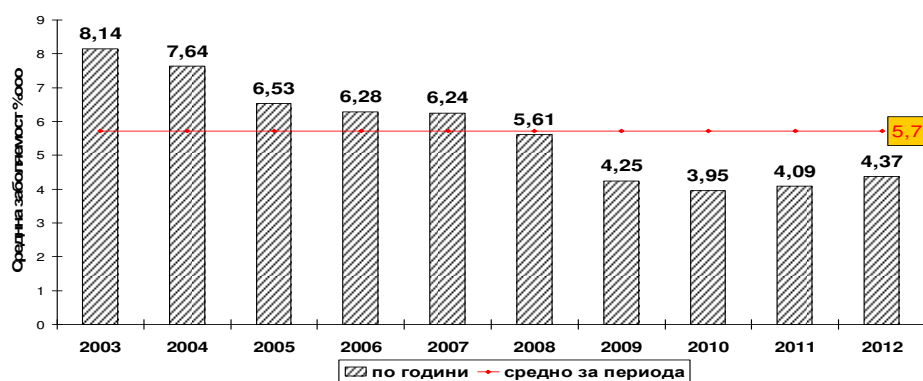
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2012 г.

Фигура 5. Изследвани лица за паразитози и обща средна опаразитеност на населението (2003-2012 г.)



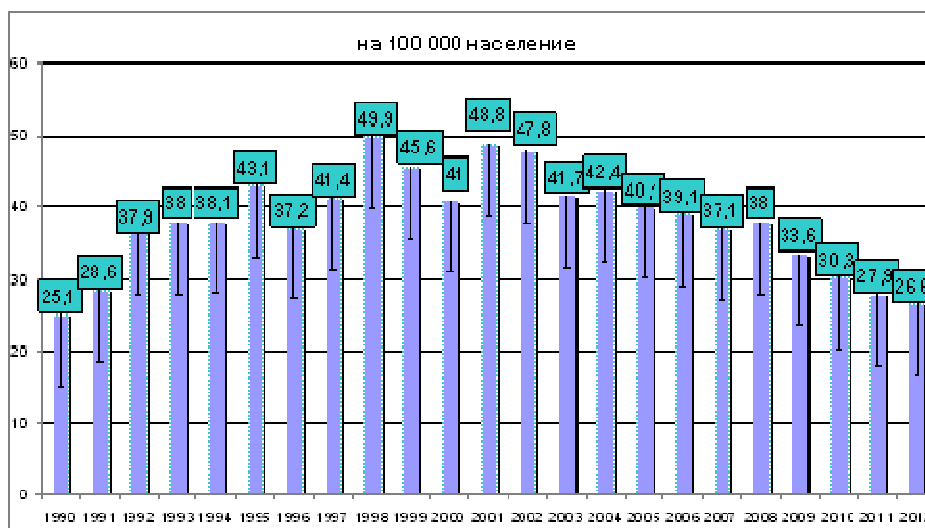
Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2012 г.

Фигура 6. Заболяемост от ехинококоза сред населението в България (2003 - 2012)



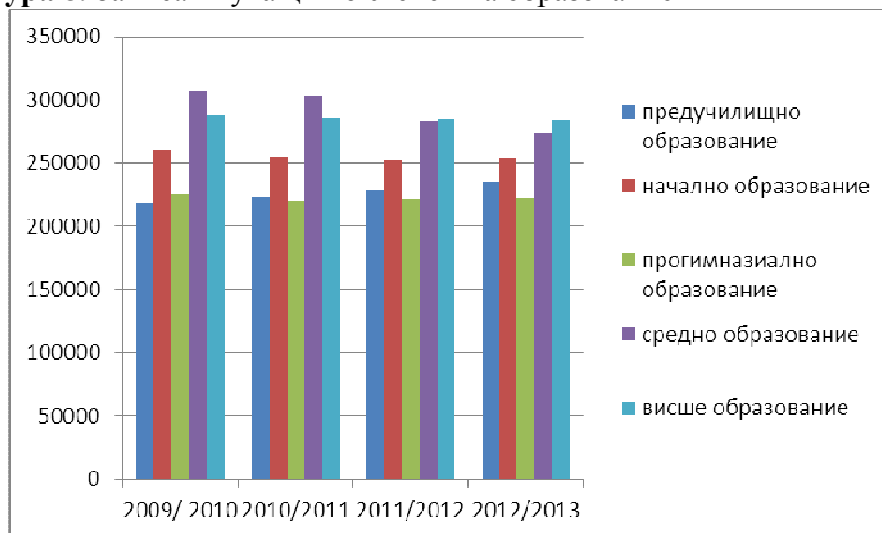
Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2011 г.

Фигура 7. Заболеваемост от туберкулоза в България за периода 1990-2012 г.



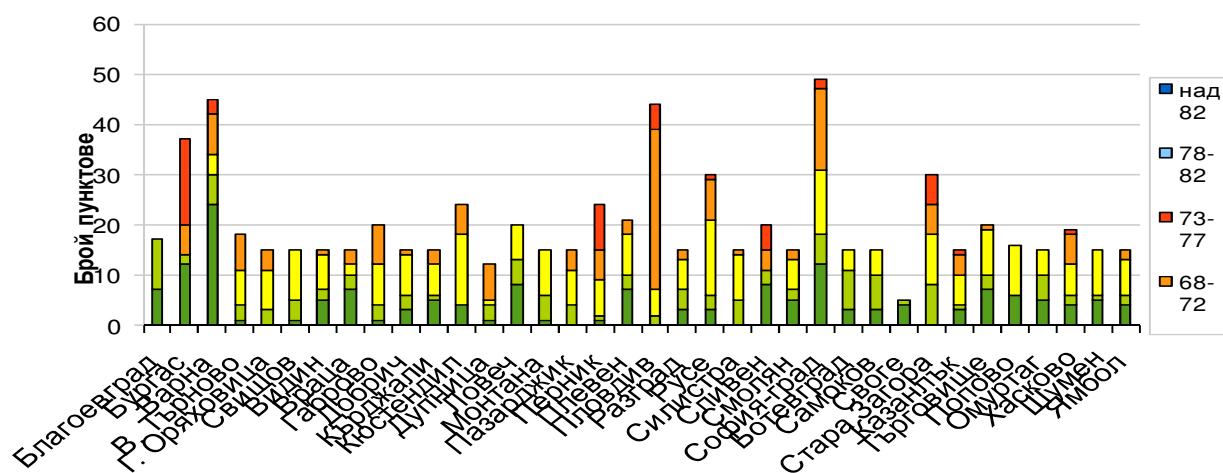
Източник: НЦЗОА, 2012 г.

Фигура 8. Записани учащи по степен на образование

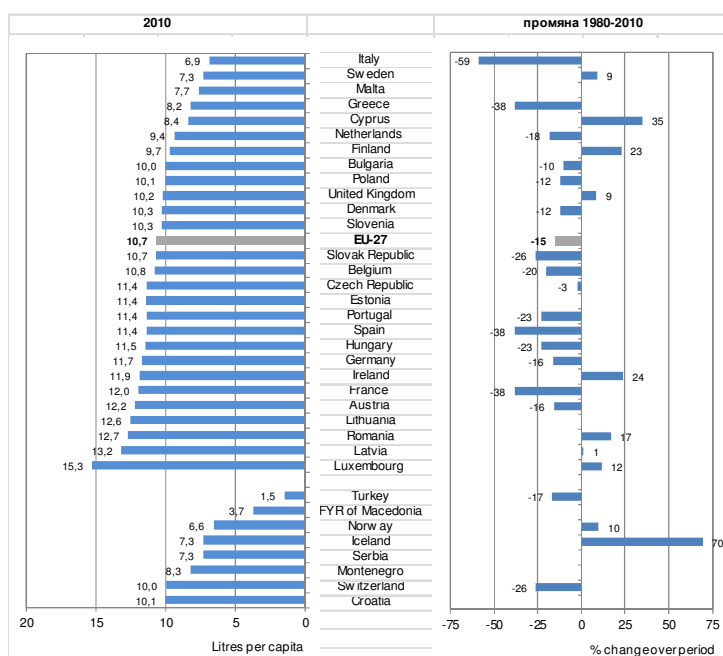


Източник: НСИ

Фигура 9. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в Р България



Фигура 10. Консумация на алкохол сред популацията на 15 г. и повече години за 2010 и промените за периода 1980-2010 г.



Източник: OECD Health Data 2012; WHO Global Information System on Alcohol and Health.

7.3. Списък на актовете в областта на здравеопазването обнародвани в Държавен вестник през 2012 г.

1. НАРЕДБА № 12 ОТ 22 ДЕКЕМВРИ 2011 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ГРАЖДАНИ В ЧУЖБИНА ПО ЧЛ. 82, АЛ. 1, Т. 8 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО

Обн. ДВ. бр.1 от 3 Януари 2012г.

2. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 2 ОТ 2008 Г. ЗА МАТЕРИАЛИТЕ И ПРЕДМЕТИТЕ ОТ ПЛАСТМАСИ, ПРЕДНАЗНАЧЕНИ ЗА КОНТАКТ С ХРАНИ

Обн. ДВ. бр.2 от 6 Януари 2012г.

3. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 13 ОТ 2003 Г. ЗА ЗАЩИТА НА РАБОТЕЩИТЕ ОТ РИСКОВЕ, СВЪРЗАНИ С ЕКСПОЗИЦИЯ НА ХИМИЧНИ АГЕНТИ ПРИ РАБОТА

Обн. ДВ. бр.2 от 6 Януари 2012г.

4. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 28 ОТ 2008 Г. ЗА УСТРОЙСТВОТО, РЕДА И ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТАТА НА АПТЕКИТЕ И НОМЕНКЛАТУРАТА НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ

Обн. ДВ. бр.2 от 6 Януари 2012г.

5. НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР ЗА ДЕНТАЛНИТЕ ДЕЙНОСТИ МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЗЪБОЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ЗА 2012 Г.

Обн. ДВ. бр.3 от 10 Януари 2012г.

6. НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ЗА 2012 Г.

Обн. ДВ. бр.3 от 10 Януари 2012г.

7. ДОГОВОР № РД-НС-01-2 ОТ 30 ДЕКЕМВРИ 2011 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА ОБЕМИ И ЦЕНИ НА ДЕНТАЛНАТА ПОМОЩ ЗА 2012 Г. МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНО-ОСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЗЪБОЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Обн. ДВ. бр.5 от 17 Януари 2012г.

8. ДОГОВОР № РД-НС-01-3 ОТ 30 ДЕКЕМВРИ 2011 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА ОБЕМИ И ЦЕНИ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ЗА 2012 Г. МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Обн. ДВ. бр.5 от 17 Януари 2012г.

9. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 10 ОТ 20 ЯНУАРИ 2012 Г. ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДОПЪЛНИТЕЛНИ СРЕДСТВА ПО БЮДЖЕТА НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ЛИЦЕНЗИОННАТА ТАКСА ПО ДОГОВОРА ЗА ЛИЦЕНЗ МЕЖДУ АВСТРАЛИЙСКИЯ СЪЮЗ, ПРЕДСТАВЛЯВАН ОТ ДЕПАРТАМЕНТА ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ЗАСТАРЯВАНЕ, И РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ, ПРЕДСТАВЛЯВАНА ОТ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО, ОТНОСНО ОПРЕДЕЛЕНИ ПРАВА НА ИЗПОЛЗВАНЕ НА КЛАСИФИКАЦИОННАТА СИСТЕМА AR-DRG, СКЛЮЧЕН НА 4 НОЕМВРИ 2011 Г., РАТИФИЦИРАН СЪС ЗАКОН

Обн. ДВ. бр.8 от 27 Януари 2012г.

10. СПОРАЗУМЕНИЕ МЕЖДУ ПРАВИТЕЛСТВОТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ И ПРАВИТЕЛСТВОТО НА РЕПУБЛИКА ИНДИЯ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И МЕДИЦИНАТА (Одобрено с Решение № 445 от 9 юли 2008 г. на Министерския съвет. В сила от 28 ноември 2011 г.)

Обн. ДВ. бр.8 от 27 Януари 2012г.

11. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 34 ОТ 2010 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "НЕОНАТОЛОГИЯ"

Обн. ДВ. бр.9 от 31 Януари 2012г.

12. НАРЕДБА № 1 ОТ 25 ЯНУАРИ 2012 Г. ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ РЕКЛАМАТА НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ

Обн. ДВ. бр.10 от 3 Февруари 2012г.

13. ДВУГОДИШНО СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ И РЕГИОНАЛНИЯ ОФИС ЗА ЕВРОПА НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ 2012 - 2013 Г.(Одобрено с Решение № 881 от 2 декември 2011 г. на Министерския съвет. В сила от 1 януари 2012 г.)

Обн. ДВ. бр.12 от 10 Февруари 2012г.

14. НАРЕДБА № РД-07-1 ОТ 2 ФЕВРУАРИ 2012 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА РАБОТНИТЕ МЕСТА, ПОДХОДЯЩИ ЗА ТРУДОУСТРОЯВАНЕ НА ЛИЦА С НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ

Обн. ДВ. бр.13 от 14 Февруари 2012г.

15. ДОГОВОР ЗА ДОПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОР № РД-НС-01-3 ОТ 30 ДЕКЕМВРИ 2011 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА ОБЕМИ И ЦЕНИ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ЗА 2012 Г. МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Обн. ДВ. бр.14 от 17 Февруари 2012г.

16. ДОГОВОР ЗА ЛИЦЕНЗ МЕЖДУ АВСТРАЛИЙСКИЯ СЪЮЗ, ПРЕДСТАВЛЯВАН ОТ ДЕПАРТАМЕНТА ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ЗАСТАРЯВАНЕ, И РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ, ПРЕДСТАВЛЯВАНА ОТ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО, ОТНОСНО ОПРЕДЕЛЕНИ ПРАВА НА ИЗПОЛЗВАНЕ НА КЛАСИФИКАЦИОННАТА СИСТЕМА AR-DRG (Ратифициран със закон, приет от 41-ото Народно събрание на 14 декември 2011 Г. - ДВ, бр. 102 от 2011 г. В сила от 1 февруари 2012 г.)

Обн. ДВ. бр.14 от 17 Февруари 2012г.

17. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 31 ОТ 2007 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПРАВИЛАТА ЗА ДОБРА КЛИНИЧНА ПРАКТИКА (ДВ, БР. 67 ОТ 2007 Г.)

Обн. ДВ. бр.14 от 17 Февруари 2012г.

18. НАРЕДБА ЗА ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 38 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СПИСЪКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА, ЗА ЧИЕТО ДОМАШНО ЛЕЧЕНИЕ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ЗАПЛАЩА ЛЕКАРСТВА, МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ И ДИЕТИЧНИ ХРАНИ ЗА СПЕЦИАЛНИ МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ НАПЪЛНО ИЛИ ЧАСТИЧНО

Обн. ДВ. бр.15 от 21 Февруари 2012г.

19. РЕШЕНИЕ № 153 ОТ 24 ФЕВРУАРИ 2012 Г. ЗА ОБЯВЯВАНЕ СПИСЪК НА КУРОРТИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ТЕХНИТЕ ГРАНИЦИ

Обн. ДВ. бр.18 от 2 Март 2012г.

20. ПОСТАНОВЛЕНИЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НОРМАТИВНИ АКТОВЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ - УСТРОЙСТВЕН ПРАВИЛНИК НА ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ "МЕДИЦИНСКИ ОДИТ"

Обн. ДВ бр. 20 от 9.03.2012 г.

21. ПОСТАНОВЛЕНИЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НОРМАТИВНИ АКТОВЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ - УСТРОЙСТВЕН ПРАВИЛНИК НА ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Обн. ДВ бр. 20 от 9.03.2012 г.

22. ПОСТАНОВЛЕНИЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НОРМАТИВНИ АКТОВЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ - УСТРОЙСТВЕН ПРАВИЛНИК НА ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА

Обн. ДВ бр. 22 от 16.03.2012 г.

23. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 3 ОТ 2004 Г. ЗА КЛАСИФИКАЦИЯ НА ОТПАДЪЦИТЕ

Обн., ДВ, бр. 23 от 20.03.2012 г.

24. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 2 ОТ 23.01.2008 Г. ЗА МАТЕРИАЛИТЕ И ПРЕДМЕТИТЕ ОТ ПЛАСТМАСИ, ПРЕДНАЗНАЧЕНИ ЗА КОНТАКТ С ХРАНИ

Обн., ДВ, бр. 25 от 27.03.2012 г.

25. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 74 НА МС ОТ 6.04.2012 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 280 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2004 Г. ЗА СЪЗДАВАНЕ НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕЦА"

Обн., ДВ, бр. 30 от 17.04.2012 г.

26. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 16 ОТ 1999 Г. ЗА ОГРАНИЧАВАНЕ ЕМИСИИТЕ НА ЛЕТЛИВИ ОРГАНИЧНИ СЪЕДИНЕНИЯ ПРИ СЪХРАНЕНИЕ, ТОВАРЕНЕ ИЛИ РАЗТОВАРВАНЕ И ПРЕВОЗ НА БЕНЗИНИ

Обн. ДВ бр. 33 от 27.04.2012 г.

27. ЗАКОН ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО

Обн. ДВ бр. 40 от 29.05.2012 г.

28. ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ДЕЙНОСТТА НА ВИСШИЯ СЪВЕТ ПО ФАРМАЦИЯ

Обн., ДВ, бр. 40 от 29.05.2012 г.

29. НАРЕДБА № 2 ОТ 18.05.2012 Г. ЗА РЕДА, ПО КОЙТО ТЕЛАТА НА ПОЧИНАЛИ ЛИЦА МОГАТ ДА СЕ ИЗПОЛЗВАТ ЗА ЦЕЛИТЕ НА ОБУЧЕНИЕТО И НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ ВЪВ ВИСШИТЕ МЕДИЦИНСКИ УЧИЛИЩА

Обн., ДВ, бр. 41 от 1.06.2012 г.

30. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 102 НА МС ОТ 29.05.2012 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБАТА ЗА ИЗИСКВАНИЯТА ЗА ЕТИКЕТИРАНЕТО И ПРЕДСТАВЯНЕТО НА ХРАНИТЕ, ПРИЕТА С ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 136 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2000 Г.

Обн., ДВ, бр. 42 от 5.06.2012 г.

31. ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ"

Обн., ДВ, бр. 43 от 8.06.2012 г.

32. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 28 ОТ 2007 Г. ЗА ДЕЙНОСТИ ПО АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ

Обн., ДВ, бр. 43 от 8.06.2012 г.

33. ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ"

Обн., ДВ, бр. 43 от 8.06.2012 г.

34. МЕМОРАНДУМ ЗА РАЗБИРАТЕЛСТВО МЕЖДУ ПРАВИТЕЛСТВОТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ И ПРАВИТЕЛСТВОТО НА ДЪРЖАВАТА КАТАР ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Обн., ДВ, бр. 46 от 19.06.2012 г.

35. ПОСТАНОВЛЕНИЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ №113 от 15 ЮНИ 2012г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НОРМАТИВНИ АКТОВЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ – ИЗМ. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 25 НА МС ОТ 9.02.2009 Г. ЗА СЪЗДАВАНЕ НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ"

Обн., ДВ бр. 47 от 22.06.2012 г.

36. ПОСТАНОВЛЕНИЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ №113 от 15 ЮНИ 2012г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НОРМАТИВНИ АКТОВЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ – ИЗМ. ПРАВИЛНИКА ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА РАБОТА НА КОМИСИЯТА ПО ПРОЗРАЧНОСТ ПО ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА

Обн., ДВ бр. 47 от 22.06.2012 г.

37. НАРЕДБА № 2 ОТ 20.06.2012 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ПРОГРАМИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С АГОНИСТИ И АГОНИСТИ-АНТАГОНИСТИ НА ЛИЦА, ЗАВИСИМИ КЪМ ОПИОИДИ

Обн., ДВ, бр. 49 от 29.06.2012 г.

38. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 10 ОТ 24.03.2009 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПО ЧЛ. 262, АЛ. 5, Т. 1 ОТ ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА, НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ И НА ДИЕТИЧНИ ХРАНИ ЗА СПЕЦИАЛНИ МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ

Обн., ДВ, бр. 49 от 29.06.2012 г.

39. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 24 ОТ 7.07.2004 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ"

Обн., ДВ, бр. 49 от 29.06.2012 г.

40. НАРЕДБА № 34 ОТ 25.11.2005 Г. ЗА РЕДА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ ОТ РЕПУБЛИКАНСКИЯ БЮДЖЕТ НА ЛЕЧЕНИЕТО НА БЪЛГАРСКИТЕ ГРАЖДАНИ ЗА ЗАБОЛЯВАНИЯ, ИЗВЪН ОБХВАТА НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ, (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА № 2 ОТ 20.06.2012 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ПРОГРАМИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С АГОНИСТИ И АГОНИСТИ-АНТАГОНИСТИ НА ЛИЦА, ЗАВИСИМИ КЪМ ОПИОИДИ)

Обн., ДВ, бр. 49 от 29.06.2012 г.

41. ЗАКОН ЗА РАТИФИЦИРАНЕ НА СПОРАЗУМЕНИЕТО ЗА ИЗМЕНЕНИЕ, ДОПЪЛНЕНИЕ И ПРОДЪЛЖАВАНЕ ДЕЙСТВИЕТО НА СПОРАЗУМЕНИЕТО ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА БЕЗВЪЗМЕЗДНА ПОМОЩ ПО ПРОГРАМА "ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА ХИВ/СПИН В БЪЛГАРИЯ" МЕЖДУ ГЛОБАЛНИЯ ФОНД ЗА БОРБА СРЕЩУ СПИН, ТУБЕРКУЛОЗА И МАЛАРИЯ И МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Обн., ДВ, бр. 50 от 3.07.2012 г.

42. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 34 ОТ 2006 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Обн., ДВ, бр. 50 от 3.07.2012 г.

43. НАРЕДБА № 18 ОТ 20.06.2005Г. ЗА КРИТЕРИИТЕ, ПОКАЗАТЕЛИТЕ И МЕТОДИКАТА ЗА АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 34 ОТ 2006 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Обн., ДВ, бр. 50 от 3.07.2012 г.

44. ИЗМЕНЕНИЕ НА МЕМОРАНДУМА ЗА РАЗБИРАТЕЛСТВО ОТНОСНО БЪДЕЩЕТО НА ЗДРАВНАТА МРЕЖА НА СТРАНИТЕ ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА В РАМКИТЕ НА ПРОЦЕСА ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВО В ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА.

Обн., ДВ, бр. 50 от 3.07.2012 г.

45. НАРЕДБА ЗА ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 18 ОТ 2007 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА РАЗПРЕДЕЛЯНЕ НА ХРАНИ ОТ ИНТЕРВЕНЦИОННИ ЗАПАСИ ЗА НАЙ-НУЖДАЕЩИ СЕ ЛИЦА

Обн., ДВ, бр. 51 от 6.07.2012 г.

46. ПРАВИЛНИК ЗА УСТРОЙСТВОТО И ДЕЙНОСТТА НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

Обн., ДВ, бр. 53 от 13.07.2012 г.

47. ЗАКОН ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Обн. ДВ, бр. 54 от 17.07.2012 г.

48. ЗАКОН ЗА КРЪВТА, КРЪВОДАРЯВАНЕТО И КРЪВОПРЕЛИВАНЕТО (ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ)

Обн. ДВ, бр. 54 от 17.07.2012 г.

49. ЗАКОН ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ

Обн. ДВ, бр. 54 от 17.07.2012 г.

50. ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО (ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ)

Обн. ДВ, бр. 54 от 17.07.2012 г.

51. ПРАВИЛНИК ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ЗАКОНА ЗА ВОЕННОИНВАЛИДИТЕ И ВОЕННОПОСТРАДАЛИТЕ (ИЗМ. С ПЗР НА ПОСТАНОВЛЕНИЕ НА МС №145/2012Г.)

Обн. ДВ, бр. 54 от 17.07.2012 г.

52. ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ"

Обн., ДВ, бр. 56 от 24.07.2012 г.

53. ПРАВИЛНИК ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ДЕЙНОСТТА НА ВИСШИЯ МЕДИЦИНСКИ СЪВЕТ (ИЗМ. С ПЗР НА ПРАВИЛНИКА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ")

Обн., ДВ, бр. 56 от 24.07.2012 г.

54. ПРАВИЛНИК ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА И ДЕЙНОСТТА НА ЕКСПЕРТНИЯ СЪВЕТ ПО БИОЦИДИ (ИЗМ. С ПЗР НА ПРАВИЛНИКА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ")

Обн., ДВ, бр. 56 от 24.07.2012 г.

55. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 18 ОТ 20.06.2005 Г. ЗА КРИТЕРИИТЕ, ПОКАЗАТЕЛИТЕ И МЕТОДИКАТА ЗА АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Обн., ДВ, бр. 57 от 27.07.2012 г.

56. НАРЕДБА № 12 ОТ 22.12.2011 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ГРАЖДАНИ В ЧУЖБИНА ПО ЧЛ. 82, АЛ. 1, Т. 8 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБАТА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 18 ОТ 20.06.2005 Г. ЗА КРИТЕРИИТЕ, ПОКАЗАТЕЛИТЕ И МЕТОДИКАТА ЗА АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ)

Обн., ДВ, бр. 57 от 27.07.2012 г.

57. НАРЕДБА № 9 ОТ 26.06.2000 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КОНКУРСИ ЗА ВЪЗЛАГАНЕ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ПО ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБАТА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 18 ОТ 20.06.2005 Г. ЗА КРИТЕРИИТЕ, ПОКАЗАТЕЛИТЕ И МЕТОДИКАТА ЗА АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ)

Обн., ДВ, бр. 57 от 27.07.2012 г.

58. НАРЕДБА №48 ОТ 9.09.2010Г. ЗА ПРИЗНАВАНЕ НА ОРГАНИЗАЦИИТЕ ЗА ЗАЩИТА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ЗА ПРЕДСТАВИТЕЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБАТА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 18 ОТ 20.06.2005 Г. ЗА КРИТЕРИИТЕ, ПОКАЗАТЕЛИТЕ И МЕТОДИКАТА ЗА АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ)

Обн., ДВ, бр. 57 от 27.07.2012 г.

59. ЗАПОВЕД № РД-28-121 ОТ 17.07.2012 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ СПИСЪК НА АКТИВНИТЕ ВЕЩЕСТВА И ПОДГРУПИТЕ БИОЦИДИ, ЗА КОИТО ИМА РЕШЕНИЯ НА ЕВРОПЕЙСКАТА КОМИСИЯ ЗА НЕВКЛЮЧВАНЕ В СПИСЪЦИТЕ ПО ЧЛ. 14, АЛ. 4, Т. 1, 2 И/ИЛИ 3 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗАЩИТА ОТ ВРЕДНОТО ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ХИМИЧНИТЕ ВЕЩЕСТВА И СМЕСИ

Обн., ДВ, бр. 59 от 3.08.2012 г.

60. ЗАКОН ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ

Обн., ДВ, бр. 60 от 7.08.2012 г.

61. ЗАКОН ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

Обн., ДВ, бр. 60 от 7.08.2012 г.

62. ЗАКОН ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА (ИЗМ С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ)

Обн., ДВ, бр. 60 от 7.08.2012 г.

63. ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ (ИЗМ С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ)

Обн., ДВ, бр. 60 от 7.08.2012 г.

64. ЗАКОН ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ (ИЗМ С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ)

Обн., ДВ, бр. 60 от 7.08.2012 г.

65. ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО (ИЗМ С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ)

Обн., ДВ, бр. 60 от 7.08.2012 г.

66. НАРЕДБА № 2 ОТ 25.01.2010 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "КАРДИОЛОГИЯ" (изм. с Решение № 6911 от 16.05.2012 г. на ВАС на РБ)

Обн. ДВ, бр. 61 от 10.08.2012 г.

67. СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ, ДОПЪЛНЕНИЕ И ПРОДЪЛЖАВАНЕ ДЕЙСТВИЕТО НА СПОРАЗУМЕНИЕТО ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА БЕЗВЪЗМЕЗДНА ПОМОЩ ПО ПРОГРАМА "ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА ХИВ/СПИН В БЪЛГАРИЯ" МЕЖДУ ГЛОБАЛНИЯ ФОНД ЗА БОРБА СРЕЩУ СПИН, ТУБЕРКУЛОЗА И МАЛАРИЯ И МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Обн. ДВ, бр. 61 от 10.08.2012 г.

68. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 3 ОТ 2007 Г. ЗА ЗДРАВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ДЕТСКИТЕ ГРАДИНИ (ОБН., ДВ, БР. 15 ОТ 2007 Г.; ИЗМ. И ДОП., БР. 36 ОТ 2011 Г.)

Обн., ДВ, бр. 64 от 21.08.2012 г.

69. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 6 ОТ 2007Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

70. НАРЕДБА № 4 ОТ 19.02.2007 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ИНСПЕКЦИИ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИЯ (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 6 ОТ 2007Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ)

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

71. НАРЕДБА № 7 ОТ 5.03.2007 Г. ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ КВАЛИФИКАЦИЯТА И ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ЛИЦАТА, КОИТО ИЗВЪРШВАТ ВЗЕМАНЕ, ЕКСПЕРТИЗА, ОБРАБОТКА, ПРЕРАБОТКА, ЕТИКЕТИРАНЕ, СЪХРАНЯВАНЕ И ПРИСАЖДАНЕ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 6 ОТ 2007Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ)

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

83. НАРЕДБА № 21 ОТ 3.05.2007 Г. ЗА ОБСТОЯТЕЛСТВАТА И ДАННИТЕ, КОИТО СЕ ВПИСВАТ В РЕГИСТРИТЕ НА ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИЯ, РЕДЪТ ЗА ВПИСВАНЕ И ПОЛЗВАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯТА (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 6 ОТ 2007Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ)

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

82. НАРЕДБА № 10 ОТ 30.03.2007 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА СЪОБЩАВАНЕ, РЕГИСТРИРАНЕ, ДОКЛАДВАНЕ И ПРЕДАВАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ ЗА СЕРИОЗНИТЕ НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ И СЕРИОЗНИТЕ ИНЦИДЕНТИ И ЗА БЛОКИРАНЕ, ИЗТЕГЛЯНЕ И УНИЩОЖАВАНЕ НА ОРГАНИТЕ, ТЪКАНИТЕ И КЛЕТКИТЕ (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 6 ОТ 2007Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ)

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

84. НАРЕДБА № 22 ОТ 3.05.2007 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА РЕГИСТРИРАНЕ И ОТЧИТАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ЕКСПЕРТИЗА, ВЗЕМАНЕ, ПРИСАЖДАНЕ, ОБРАБОТКА, ПРЕРЕБОТКА, СЪХРАНЯВАНЕ И ЕТИКЕТИРАНЕ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ И ЗА ИЗГОТВЯНЕ НА ЕЖЕГОДНИ ОТЧЕТИ ОТ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 6 ОТ 2007Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ)

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

85. НАРЕДБА № 29 ОТ 2007 Г. ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИТЕ И ЗА ОТНОСИТЕЛНИЯ ДЯЛ НА СРЕДСТВАТА ЗА ТРУД ЗА ДЕЙНОСТИ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИЯ, ФИНАНСИРАНИ ОТ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (ИЗМ. С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 6 ОТ 2007Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ)

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

86. СПОРАЗУМЕНИЕ МЕЖДУ СТРАНИТЕ - ЧЛЕНКИ НА ЗДРАВНАТА МРЕЖА НА ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА, ОТНОСНО ДОГОВОРНОСТИТЕ СЪС СТРАНАТА ДОМАКИН ЗА СЕДАЛИЩЕТО НА СЕКРЕТАРИАТА НА ЗДРАВНАТА МРЕЖА НА ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА

Обн., ДВ, бр. 66 от 28.08.2012 г.

87. ПОСТАНОВЛЕНИЕ №188 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА РАБОТА НА КОМИСИЯТА ПО ПРОЗРАЧНОСТ ПО ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА

Обн., ДВ, бр. 67 от 31.08.2012 г.

88. НАРЕДБА № 3 ОТ 24.08.2012 Г. ЗА РЕДА ЗА ПРЕДПИСВАНЕ, ОТПУСКАНЕ И КОНТРОЛ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И ДЕНТАЛНА ПОМОЩ НА ВЕТЕРАНИТЕ ОТ ВОЙНИТЕ

Обн., ДВ, бр. 67 от 31.08.2012 г.

89. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 193 НА МС ОТ 28.08.2012 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА СУМИТЕ, ЗАПЛАЩАНИ ОТ ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ЗА ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛЕКАР, ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА И ЗА БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Обн., ДВ, бр. 68 от 4.09.2012 г.

90. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 195 НА МС ОТ 28.08.2012 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА УСТРОЙСТВЕНИЯ ПРАВИЛНИК НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО, ПРИЕТ С ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 256 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2009 Г.

Обн., ДВ, бр. 68 от 4.09.2012 г.

91. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 230 НА МС ОТ 26.09.2012 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 193 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2012 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА СУМИТЕ, ЗАПЛАЩАНИ ОТ ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ЗА ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛЕКАР, ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА И ЗА БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ (ДВ, БР. 68 ОТ 2012 Г.)

Обн., ДВ, бр. 75 от 2.10.2012 г.

92. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 15 ОТ 2005 Г. ЗА ИМУНИЗАЦИИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Обн., ДВ, бр. 77 от 9.10.2012 г.

93. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 255 НА МС ОТ 17.10.2012 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ТАРИФАТА ЗА ТАКСИТЕ, КОИТО СЕ СЪБИРАТ ОТ ОРГАНИТЕ НА ДЪРЖАВНИЯ ЗДРАВЕН КОНТРОЛ И НАЦИОНАЛНИТЕ ЦЕНТРОВЕ ПО ПРОБЛЕМИТЕ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ ПО ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО, ПРИЕТА С ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 242 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2007 Г.

Обн., ДВ, бр. 81 от 23.10.2012 г.

94. ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО (ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА УСТРОЙСТВО НА ТЕРИТОРИЯТА)

Обн., ДВ, бр. 82 от 26.10.2012 г.

95. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 15 ОТ 2006 Г. ЗА ЗДРАВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛИЦАТА, РАБОТЕЩИ В ДЕТСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СПЕЦИАЛИЗИРАНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ЗА ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ, ВОДОСНАБДИТЕЛНИТЕ ОБЕКТИ, ПРЕДПРИЯТИЯТА, КОИТО ПРОИЗВЕЖДАТ ИЛИ ТЪРГУВАТ С ХРАНИ, БРЪСНАРСКИТЕ, ФРИЗЬОРСКИТЕ И КОЗМЕТИЧНИТЕ САЛОНИ

Обн., ДВ, бр. 82 от 26.10.2012 г.

96. ЗАКОН ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА КОНТРОЛ ВЪРХУ НАРКОТИЧНИТЕ ВЕЩЕСТВА И ПРЕКУРСОРИТЕ

Обн., ДВ, бр. 83 от 30.10.2012 г.

97. НАРЕДБА № 4 ОТ 19.10.2012 Г. ЗА РЕДА ЗА ПОЛУЧАВАНЕ И ЗАПЛАЩАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ НА ВОЕННОИНВАЛИДИТЕ И ВОЕННОПОСТРАДАЛИТЕ

Обн., ДВ, бр. 83 от 30.10.2012 г.

98. ЗАКОН ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ ((ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЗАЩИТА ОТ ВРЕДНОТО ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ХИМИЧНИТЕ ВЕЩЕСТВА И СМЕСИ)

Обн., ДВ, бр. 84 от 2.11.2012 г.

99. ПЛАН МЕЖДУ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ И МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА ДЪРЖАВАТА ИЗРАЕЛ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И МЕДИЦИНСКАТА НАУКА

Обн., ДВ, бр. 84 от 2.11.2012 г.

100. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 3 ОТ 2007 Г. ЗА ЗДРАВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ДЕТСКИТЕ ГРАДИНИ

Обн., ДВ, бр. 85 от 6.11.2012 г.

101. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 3 ОТ 2007 Г. ЗА ЗДРАВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ДЕТСКИТЕ ГРАДИНИ

Обн., ДВ, бр. 85 от 6.11.2012 г.

102. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 36 ОТ 30.11.2005 Г. ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ КОЗМЕТИЧНИТЕ ПРОДУКТИ

Обн., ДВ, бр. 88 от 9.11.2012 г.

103. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 286 НА МС ОТ 15.11.2012 Г. ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДОПЪЛНИТЕЛНИ СРЕДСТВА ПО БЮДЖЕТА НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА 2012 Г. ЗА НУЖДИТЕ НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕЦА"

Обн., ДВ, бр. 92 от 23.11.2012 г.

112. ЗАКОН ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ ((ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ДАНЪК ВЪРХУ ДОБАВЕНАТА СТОЙНОСТ)

Обн., ДВ, 94 от 30.11.2012 г.

114. ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ"

Обн., ДВ, бр. 95 от 4.12.2012 г.

116. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 5 ОТ 2005 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА БЕЗВЪЗМЕЗДНО ПРЕДОСТАВЯНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ВЗЕМАНЕ, ДИАГНОСТИЦИРАНЕ, ПРеработване И СЪХРАНЯВАНЕ НА КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ

Обн., ДВ, бр. 98 от 11.12.2012 г.

117. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 40 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК

Обн., ДВ, бр. 99 от 14.12.2012 г.

118. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 40 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК

Обн., ДВ, бр. 100 от 15.12.2012 г.

119. НАРЕДБА № 26 ОТ 14.06.2007 Г. ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА АКУШЕРСКА ПОМОЩ НА ЗДРАВНО НЕОСИГУРЕНИ ЖЕНИ И ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНИЯ ИЗВЪН ОБХВАТА НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ НА ДЕЦА И БРЕМЕННИ ЖЕНИ (ИЗМ.С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 40 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК)

Обн., ДВ, бр. 100 от 15.12.2012 г.

120. НАРЕДБА № 38 ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СПИСЪКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА, ЗА ЧИЕТО ДОМАШНО ЛЕЧЕНИЕ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ЗАПЛАЩА ЛЕКАРСТВА, МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ И ДИЕТИЧНИ ХРАНИ ЗА СПЕЦИАЛНИ МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ НАПЪЛНО ИЛИ ЧАСТИЧНО (ИЗМ.С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 40 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК)

Обн., ДВ, бр. 100 от 15.12.2012 г.

121. НАРЕДБА № 39 ОТ 16.11.2004 Г. ЗА ПРОФИЛАКТИЧНИТЕ ПРЕГЛЕДИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯТА (ИЗМ.С ПЗР НА НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 40 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК)

Обн., ДВ, бр. 100 от 15.12.2012 г.

122. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 324 НА МС ОТ 14.12.2012 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 256 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2009 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА УСТРОЙСТВЕН ПРАВИЛНИК НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Обн., ДВ, бр. 101 от 18.12.2012 г.

123. ЗАКОН ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА

Обн., ДВ, бр. 102 от 21.12.2012 г.

124. ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО (ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА)

Обн., ДВ, бр. 102 от 21.12.2012 г.

125. ЗАКОН ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ (ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА)

Обн., ДВ, бр. 102 от 21.12.2012 г.

126. ЗАКОН ЗА КОНТРОЛ ВЪРХУ НАРКОТИЧНИТЕ ВЕЩЕСТВА И ПРЕКУРСОРИТЕ (ИЗМ. С ПЗР НА ЗАКОНА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА)

Обн., ДВ, бр. 102 от 21.12.2012 г.

127. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 340 НА МС ОТ 20.12.2012 Г. ЗА ЗАКРИВАНЕ НА ДОМА ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА - С. ШИРОКА ЛЪКА

Обн., ДВ, бр. 103 от 28.12.2012 г.

128. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 256 НА МС ОТ 28.10.2009 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА УСТРОЙСТВЕН ПРАВИЛНИК НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (ИЗМ. С ПЗР НА ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 340 НА МС ОТ 20.12.2012 Г. ЗА ЗАКРИВАНЕ НА ДОМА ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА - С. ШИРОКА ЛЪКА)

Обн., ДВ, бр. 103 от 28.12.2012 г.

129. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 344 НА МС ОТ 20.12.2012 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 25 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2009 Г. ЗА СЪЗДАВАНЕ НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ"

Обн., ДВ, бр. 103 от 28.12.2012 г.

130. ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА И ДЕЙНОСТТА НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ"

Обн., ДВ, бр. 103 от 28.12.2012 г.

131. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 42 ОТ 2004 Г. ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА МЕЖДУНАРОДНАТА СТАТИСТИЧЕСКА КЛАСИФИКАЦИЯ НА БОЛЕСТИТЕ И ПРОБЛЕМИТЕ, СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕТО - ДЕСЕТА РЕВИЗИЯ

Обн., ДВ, бр. 103 от 28.12.2012 г.

Списък на използваните съкращения

АГ	Акушерство-гинекология
АЕЦ	Атомна електрическа централа
АРТ	Антиретровирусна терапия
БВП	Брутен вътрешен продукт
БЛС	Български лекарски съюз
БП	Болнична помощ
ВиК	Водоснабдяване и канализация
ВМА	Военномедицинска академия
ВРБК	Второстепенни разпоредители с бюджетни кредити
ВСД	Високоспециализирани дейности
ВСМД	Високоспециализирани медицински дейности
ВСМДИ	Високоспециализирани медико-диагностични изследвания
ВХА	Вирусен хепатит тип А
ГМО	Генетично модифициран организъм
ДДС	Данък върху добавената стойност
ДЗК	Държавен здравен контрол
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ДМП	Дентална медицинска помощ
ДМСГД	Дом за медико-социални грижи за деца в неравностойно социално положение
ДПБ	Държавна психиатрична болница
ЕАД	Еднолично акционерно дружество
ЕМП	Електромагнитни полета
ЕС	Европейски съюз
ЗДБРБ	Закон за държавния бюджет на Република България
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурени лица
ИАЛ	Изпълнителна агенция по лекарствата
ИАМО	Изпълнителна агенция „Медицински одит“
ИАТ	Изпълнителна агенция по трансплантация
ИБСФ	Извънбюджетни сметки и фондове
ИЙЛ	Източници на йонизиращи лъчения
КАБКИС	Кабинет за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН
КАТ	Компютърна аксиална или спирална томография
ККОТ	Консултативни кабинети за отказ от тютюнопушене
КНСБ	Конфедерация на независимите синдикати в България
КОЦ	Комплексен онкологичен център
КП	Клинична пътека
КФП	Консолидирана фискална програма
КЦР	Комисия по цени и реимбурсиране
ЛЗБП	Лечебни заведения за болнична помощ
ЛКК	Лекарска консултативна комисия
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МВР	Министерство на вътрешните работи
МДД	Медико-диагностична дейност
МДД	Медико-диагностична дейност
МДЦ	Медико-дентален център
МЗ	Министерство на здравеопазването
МЗХ	Министерство на земеделието и храните

МО	Министерство на отбраната
МРЗ	Минимална работна заплата
МС	Министерски съвет
МТИТС	Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията
МФВС	Министерство на физическото възпитание и спорта
МЦ	Медицински център
НЕЛК	Национална експертна лекарска комисия
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НМ	Нуклеарна медицина
НОИ	Национален осигурителен институт
НПО	Неправителствена организация
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
НСЦРЛП	Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти
НЦЗПБ	Национален център по заразни и паразитни болести
НЦН	Национален център по наркомании
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
НЦРРЗ	Национален център по радиобиология и радиационна защита
НЦТХ	Национален център по трансфузионна хематология
ОбСНВ	Общински съвет по наркотичните вещества
ОНРЗ	Основни норми за радиационна защита
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ОПТП	Оперативна програма „Техническа помощ”
ОРЗ	Остри респираторни заболявания
ПИДП	Първична извънболнична дентална помощ
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПИЦ	Превантивно-информационен център
ПКСС	Правила за координация на системите за социална сигурност
ПЛС	Позитивен лекарствен списък
ППИ	Полово-предавани инфекции
ПРБК	Първостепенен разпоредител с бюджетни кредити
ПСПВ	Пречиствателна станция за питейни води
ПХРАО	Постоянно хранилище за радиоактивни отпадъци
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РЦТХ	Регионален център по трансфузионна хематология
СБАЛББ	Специализирана болница. за активно лечение на белодробни болести
СБАЛЛС	Специализирана болница за активно лечение на лишени от свобода
СЗО	Световна здравна организация
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
СИНДИ	Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести
СМДЛ	Самостоятелна медико-диагностична лаборатория
СПИН	Синдром на придобитата имунна недостатъчност
СТМ	Служба по трудова медицина
ТЕЛК	Териториална експертна лекарска комисия
ТЗ	Трудова злополуки
УИН	Употребяващи инжекционно наркотици
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение

ФСМП	Филиал за спешна медицинска помощ
ХИБ	Хемофилус инфлуенце тип В
ХИВ	HIV - Human Immunodeficiency Virus
ЦКВЗ	Център за кожно-венерически заболявания
ЦПЗ	Център за психично здраве
ФСМП	Център за спешна медицинска помощ
ЦФАР	Център „Фонд за асистирана репродукция”
ЦФЛД	Център „Фонд за лечение на деца”
ЕСДС	Европейския център за превенция и контрол на заболяванията
GSR	Система за сертифициране на стандартни модели
HBV	Остър вирусен хепатит тип В
HFA-DB	European Health for All Database
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MDR-TB	Мултирезистентна туберкулоза
PCNL	Перкутанна нефролитотрипсия
PETRI	Институт за проучвания и обучения на връстници
PSA	Простатен специфичен антиген
RAPEX	Европейска система за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара
RASFF	Система за бързо известяване за храни и фуражи
URS	Интралуминална литотрипсия
UV	Ултравioletови лъчи
WHO	World Health Organization
WISE	Информационна система по водите на Европейския съюз
Y-PEER	Youth Peer Education Network