

ГОДИШЕН ДОКЛАД
ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО
НА ГРАЖДАНИТЕ ИЗПЪЛНЕНИЕ
НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА
СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2017 Г.

СОФИЯ

2018 г.

Съдържание

ВЪВЕДЕНИЕ.....	2
1. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ.....	3
1.1. Брой и структура на населението	3
1.2. Естествен и механичен прираст на населението	4
1.3. Вътрешна и външна миграция	4
1.4. Бракове	4
1.5. Раждаемост.....	5
1.6. Смъртност	6
1.7. Детска смъртност	7
1.8. Естествен прираст	8
1.9. Средна продължителност на живота	9
1.10. Заболеваемост и болестност.....	9
1.11. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане.....	20
1.12. Оценка на здравното състояние на децата и учениците.....	22
1.13. Психично здраве.....	27
1.14. Сексуално и репродуктивно здраве.....	28
2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА.....	31
2.1. Структура и организация.....	31
2.2. Нормативна база.....	32
2.3. Финансиране.....	34
2.4. Човешки ресурси.....	46
2.5. Лечебни заведения	51
2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ.....	51
2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ.....	55
2.5.3. Извънболнична дентална помощ	64
2.5.4. Болнична медицинска помощ	65
2.5.5. Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост.....	89
2.5.6. Спешна медицинска помощ	91
2.5.7. Качество и ефективност на медицинската помощ и безопасност на пациента	93
2.6. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика.....	95
3. ДЕЙНОСТИ ПО ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ.....	119
3.1. Рискови фактори	119
3.1.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето).....	119
3.1.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда.....	128
3.1.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот	158
3.2. Държавен здравен контрол	170
3.3. Програми, проекти и планове в областта на общественото здраве	173
3.4. Изпълнение на имунизационния календар.....	181
4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА СТРАТЕГИЯТА.....	184
5. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2017 Г.....	186
6. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ	280
7. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	293

ВЪВЕДЕНИЕ

Доброто здраве е необходимо условие за лично и обществено благополучие, а защитата на здравето посредством функциите на организираната здравна система е едно от фундаменталните човешки права. Значението на здравето и неговата ефективна защита е безспорен фактор за икономическото развитие на страната, социалното единство, устойчивостта и сигурността на държавата. В последните години все повече се налага разбирането, че здравето на населението не е съпътстващ продукт на благоденствието, а е и инвестиция в бъдещия икономически растеж. Допълнителните инвестиции за по-добра здравна защита на населението са необходими не само от социални и етични съображения, но в дългосрочен план те допринасят за подобряване на конкурентоспособността на нацията в икономическо отношение. Ето защо е необходим качествено нов подход към организацията и 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. Този нов подход към ролята на здравеопазването, свързан с икономическото развитие на обществата, намира отражение в Стратегията „Здраве 2020“ на Европейския регионален комитет на СЗО, където се акцентира върху насърчаване и инвестирането в здравето на хората през целият им живот и реализиране на основни демократични ценности – солидарност, устойчивост и равнопоставеност, както и в Националната здравна стратегия 2020.

Настоящият годишен доклад е свързан със задължението на министъра на здравеопазването всяка година да представя данни за състоянието на здравето на гражданите в страната и изпълнението на Националната здравна стратегия. В него се анализира здравното състояние на населението през 2017 г., достигнатите нива на показателите, характеризиращи това състояние, както и извършените дейности и разходваните средства за постигане на изпълнението на основните цели и задачи в областта на здравеопазването. Структурата на доклада по традиция следва утвърдена схема като в началото е направено описание на демографското и здравно състояние на населението в страната. Анализирани са и поведенчески фактори като тютюнопушене, вредна консумация на алкохол, непълноценно хранене, недостатъчна физическа активност, нездравословни условия на труд и почивка. Тези фактори 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. Представени са и факторите на жизнената среда - физико-химични и социални-икономически детерминанти, които имат непосредствено влияние върху здравното благополучие на населението. В доклада е описано функционирането на здравната система, нейните възможности за задоволяване на здравните потребности на населението и намаляване на неравенствата, свързани със здравето. Съществена част от доклада включва описание на основните дейности по опазване на общественото здраве, организирани от държавата. Анализирано е влиянието на европейските политики и са оценени рисковете в сравнителен план с предходните две години. В доклада е направен и анализ на изпълнението през 2017 г. на Националната здравна стратегия 2020. В заключението са представени основните изводи и възможни подходи по решаването на някои от възникналите проблеми, отбелязани в анализа.

Изнесените факти в доклада са подкрепени с официални статистически национални и международни данни (НСИ, НЦОЗА, база данни на СЗО, официални документи, публикувани отчети на отделни институции, предоставени данни от МЗ и отделни експерти), подкрепени с мненията и оценките на работната група за изготвянето на настоящия доклад.

1. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължителното въздействие 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 страната.

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.

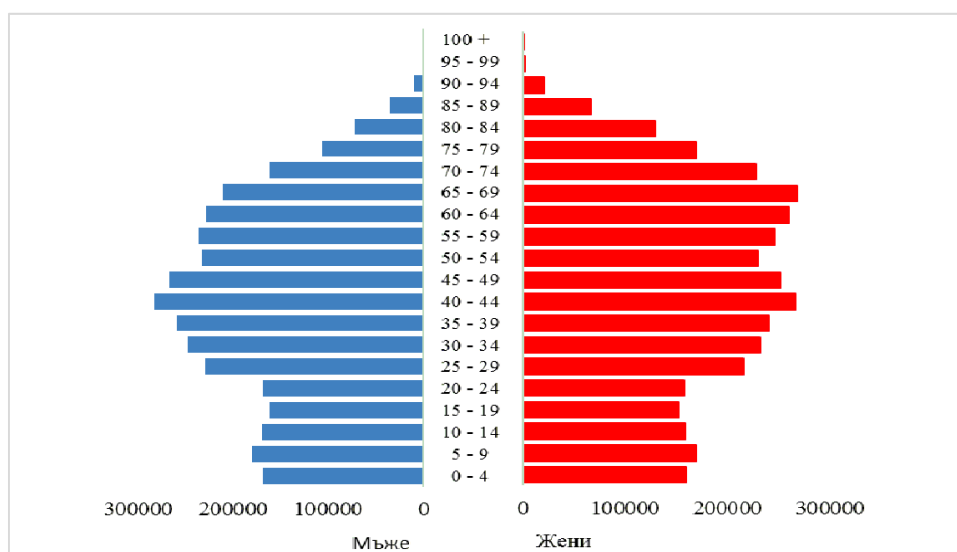
1.1. Брой и структура на населението

Към 31.12.2017 г. населението в България е 7 050 034 души, като в сравнение с предходната година то е намаляло с 51 825 души (0.7%) и представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. Броят на жените е 3 627 625, а на мъжете - 3 422 409. Делът на жените от цялото население е 51.5%, като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.5%) (Фиг. 1).

В градовете живеят 5 181 755 души (73.5%), което е приблизително 3/4 от населението на страната, а в селата – 1 868 279 души (26.5%). Запазват се спрямо предходната година дяловете на живеещите в градовете и селата. Продължава трайната тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните северозападни и югоизточни райони. 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 селата.

Под влияние на промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, външната миграция предимно на млади хора, жизнения стандарт, политическите промени и др., през последното десетилетие се наблюдават съществени промени във възрастовата структура на населението. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризиращ се с незначително нарастване 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.

Фигура 1. Възрастова пирамида на населението в България



Източник: НСИ

През последните години относителният дял на населението до 14 годишна възраст бележи незначително увеличение и за 2017 г. е 14.2% от общия брой на населението (1 004 376 деца), но продължава да бъде по-нисък от същия за ЕС (15.5%). Паралелно с това нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2017 г. достига 21.0% при 20.7% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (19.0%) той остава, макар и незначително, по-висок¹. В 22 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5 от населението на областта.

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.

1.2. Естествен и механичен прираст на населението

Естественият прираст на населението през 2017 г. е -6.5‰ при -6.0‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност се е увеличила с 0.5‰. Населението на страната е намаляло през 2017 г. с 45 836 души, спрямо 2016 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където отрицателният естествен прираст е близо 3 пъти по-голям по абсолютна стойност (-13.5‰) от този в градовете (-4.0‰). През 2017 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 5 989 души, като намалението е в резултат на външна миграция.

1.3. Вътрешна и външна миграция

През 2017 г. преселванията между отделните населени места в страната са били най-често по направление „град-град“ (42.3%), следвано от направлението „ село – град“ (24.2%) и „град-село“ – (21.5%). Общо в преселванията са участвали 113 471 души.

Във външната миграция участват предимно лица от младите, активни възрасти, като най-голям е броят и делът на тези във възрастовата група 20-24 г., следвана от 25-29 г., 30-34 г., 35-39 г. и 40-44 г., общо обуславящи повече от половината от всички изселвания от страната (63.6%). Броят на изселените от страната през 2017 г. е 31 586, в т.ч. 16 046 мъже и 15 540 жени. 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, за осигуряване на трудова заетост, 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.

1.4. Бракове

През 2017 г. броят на регистрираните юридически бракове е 28 593, което е с 1 790 повече от предходната година. От тях 21 536 (75.3%) са сред градското население.

¹ WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB).

1.5. Раждаемост

Броят на родените през 2017 г. е 64 359. Живородените деца са 63 955 (99.4%), а мъртвородените - 404 (0.6%)². Броят на живородените деца намалява с 1 029 в сравнение с предходната година. В градовете живородените са 48 005 (с 728 по-малко от предходната година), а в селата- 15 950 (с 301 по-малко от 2016 г.).

Броят на живородените момчета е 32 787 и е по-голям с 1 619 от този на момичетата – 31 168. На 1 000 момчета се падат 951 момичета.

Наблюдава се увеличение спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 27.1 години³.

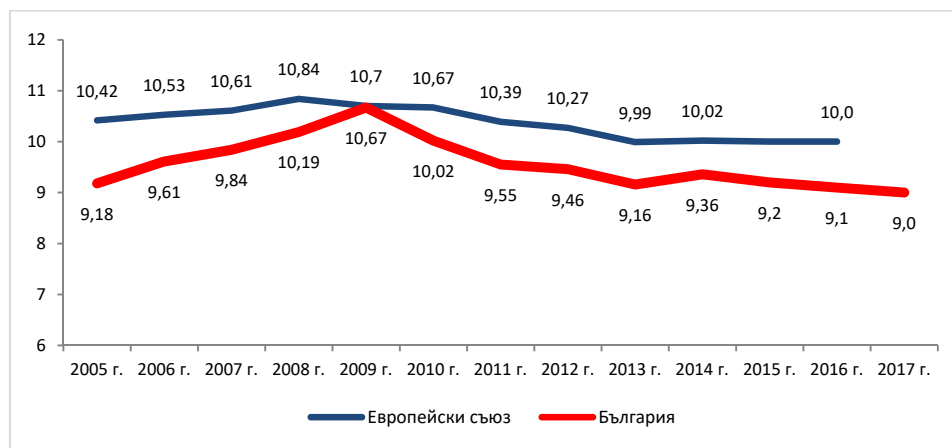
Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (Фиг. 2). През 2017 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.0‰ (9.1‰ за 2016 г.), като остава малко по-нисък от този за ЕС (10.0‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Раждаемостта в градовете намалява и през 2017 г. е 9.2‰, а в селата се запазва- 8.5‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението. През последната година остава относително висок броят на живородените от майки на възраст до 20 г. - 6 038 през 2017 г., при 6 031 за 2016 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години.

Тоталният коефициент на плодовитост (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период) измерва плодовитостта на родилните контингенти, която през последните години се повишава. Най-ниската стойност на тоталния коефициент на плодовитост е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 г., а през 2017 г. е 1.56, като достига стойността на ЕС– 1.6.

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 дете.

Фигура 2. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1 000 души)



Източник: НСИ

В териториален аспект, съществуващите и в предходните години различия се запазват. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.5‰), София столица (10.3‰), Стара Загора и Пловдив (9.6‰), Бургас (9.5‰), а най-ниска в областите Видин (6.5‰), Габрово (6.5‰) и Смолян(6.8‰). Свързани с раждаемостта са и проблемите за безплодието и абортите.

² Национален Статистически Институт

Съществува изразена тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378). При 64 359 раждания за 2017 г. броят на абортите е 24 287. На 1 000 жени на възраст 15-49 години се падат 42 раждания и 16 аборта. Най-голям е броят и дялът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 6 119 (25,2%) и 30-34 години – 5 640 (23,2%). На лица до 15 годишна възраст са извършени 115 аборта (0,5%), а от 15 до 19-годишна възраст – 2 057 (8,5%).

Броят на абортите на 1 000 живородени в България през 2017 г. е 379,8 и е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС (203,0%). От всички извършени аборти 1 888 са по медицински показания (7,8%), 7 491 са спонтанни (30,8%), по желание – 14 900 (61,3%).

1.6. Смъртност

Високото ниво на смъртността – обща и преждевременна, в България е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател. Броят на умрелите лица през 2017 г. е 109 791, а коефициентът на смъртност – 15,5‰ (15,1‰ за 2016 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (10,2‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (16,5‰), отколкото при жените (14,6‰) и по-висока в селата (22,0‰), отколкото в градовете (13,2‰).

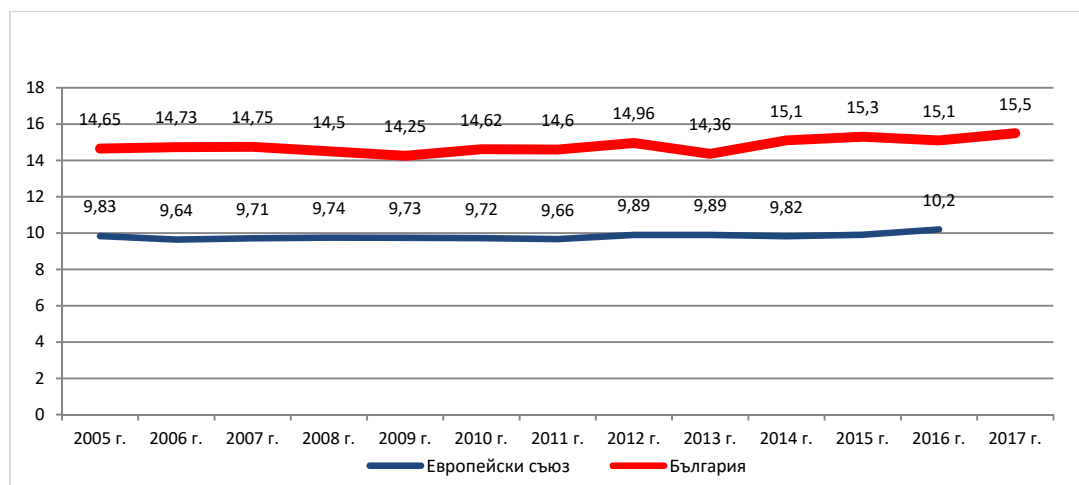
Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (22,7‰), Монтана (21,1‰), Ловеч (21,1‰), Габрово (20,9‰), Кюстендил (20,7‰), а най-ниска в София-столица (11,6‰), Варна (12,9‰), Кърджали (13,0‰) и Благоевград (13,3‰).

Една от основните причини е демографското застаряване на населението и високата смъртност при лицата над 65 годишна възраст. 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.

Показателят на *преждевременната смъртност* (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите) намалява с 0,9% за последната година. През 2017 г. е 20,9% при 21,8% през 2016 г.. При мъжете (27,6%) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените (13,7%).

България остава страна с един от най-високите *стандартизирани коефициенти за смъртност* (914,6 ‰) сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление (Фиг. 3). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (561,0 ‰).

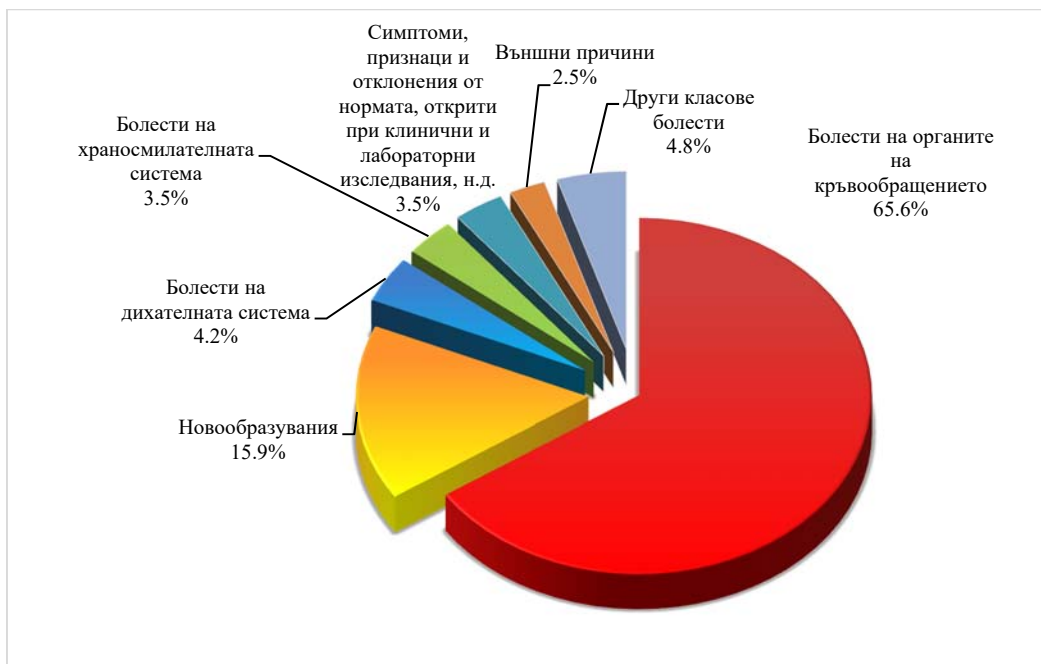
Фигура 3. Обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)



Източник: НСИ

Запазва се структурата на *смъртността по причини* в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.6%) и новообразуванията (15.9%) (Фиг. 4).

Фигура 4. Структура на умиранията по причини в България през 2017 г.



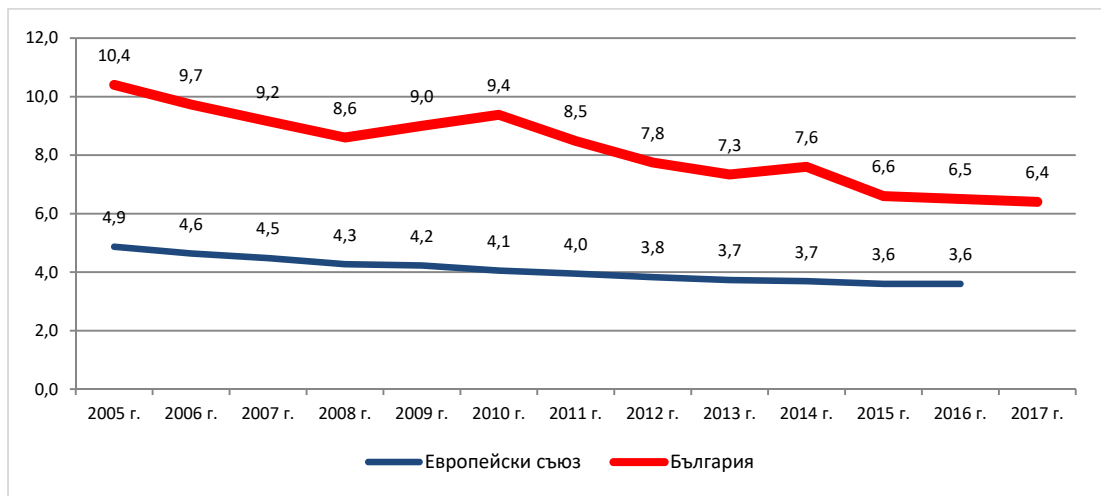
Източник: НЦОЗА

1.7. Детска смъртност

През 2017 г. в страната са умрели 408 деца на възраст до 1 г. (423 за 2016 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 6.5‰ през 2016 г. на 6.4‰ през 2017 г. Достигнатото равнище на детската смъртност е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фиг. 5). Независимо от изразената тенденция към снижаване, детската смъртност продължава да е висока и остава по-висока, отколкото в ЕС (3.69‰ за 2014 г.). 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 9.5‰ и 5.4‰).

Фигура 5. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1 000 живородени)



Източник: НСИ

Благоприятни тенденции се установяват и по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност, въпреки че сравнени със средните стойности за ЕС са все още по-високи.

Перинаталната детска смъртност намалява през 2017 г. на 8.9 на 1 000 родени деца при 9.8‰ спрямо предходната година при среден показател за ЕС 6.0‰.

Показателят за **мъртворождаемостта** е 6.3‰ и намалява спрямо предходната година, но е по-висок от средната стойност за ЕС (4.7‰).

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва трайна тенденция за намаляване и през 2017 г. достига 3.8‰, при средната стойност в ЕС 2.5‰.

Постнеонаталната детска смъртност е 2.6 на 1 000 живородени без умрелите до 28 ден и запазва нивото си от 2016 г., при средната стойност за ЕС 1.2‰.

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 – 208 (51.0%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 76 (18.6%), болести на дихателната система (10.8%) и болести на органите на кръвообращението (3.9%). Тези 4 класа обуславят 84.3% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

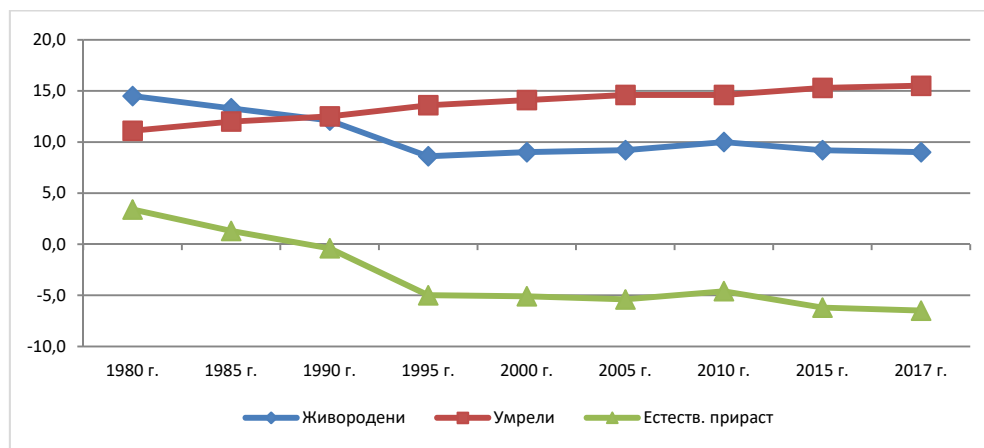
Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. През 2017 г. броят на недоносените новородени е 5 952, което представлява 9.9% от живородените. Недоносените мъртвородени са 289, което представлява 73.0% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

Майчината смъртност (умрели по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“ на 100 000 живородени) е 7.8 през 2017 г., а съответният показател за ЕС е 5.0‰.

1.8. Естествен прираст

От 1990 г. България е с отрицателен естествен прираст, който непрекъснато нараства в абсолютната си стойност, обусловен от ниското ниво на раждаемост и високата смъртност (Фиг. 6). През 2017 г. коефициентът на естествен прираст е -6.5% при -6.0% за 2016 г., като в селата той е съществено по-голям от този в градовете (съответно -13.5‰ и -4.0‰). В Европа (освен нашата страна) с висок отрицателен естествен прираст на населението са Литва, Латвия, Хърватия, Румъния, Германия, и др. Четиринадесет страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия - 7.0‰.

Фигура 6. Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1 000 души)

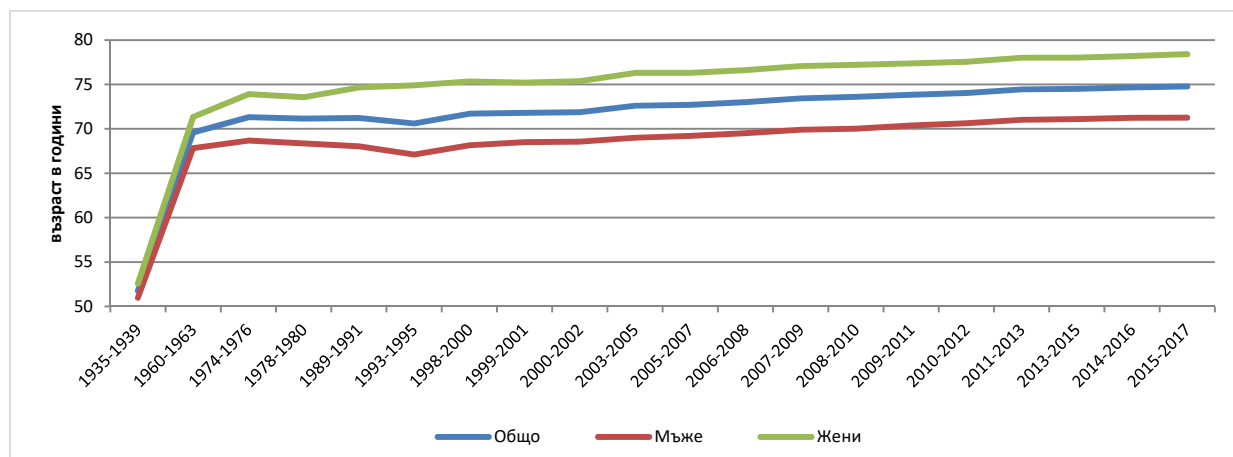


Източник: НСИ

1.9. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас през периода 2015-2017 г. достига 74.76 години. Показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно 71.26 и 78.40 години (Фиг. 7). Очакваната средна продължителност на живота в България е по-ниска от тази в Европейския съюз (80.9 години)³.

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



Източник: НСИ

1.10. Заболеваемост и болестност

• Заразни болести

През 2017 г. в България са регистрирани общо 52 393 случая на остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 8890 случая по-малко в сравнение с 2016 г., когато са регистрирани 61 283 случая (заболеваемост 737,74‰ през 2017 г., съответно 856,65‰ през 2016 г.) – Табл. 1. По-ниският брой заболели се дължи предимно на намаляване на заболеваемостта от варицела (25 007 случая през 2017 г., съответно 32 474 през 2016 г.) и от гастроентерити/ентероколити (14 650 случая през 2017 г., съответно 16 786 през 2016 г.).

Таблица 1. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2017 г.

Година	Брой заболели	Заболеваемост на 100 000 (%000)	Брой умрели	Смъртност на 100 000 (%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

³ НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

2013	67 916	932,65	79	1,08	0,12
2014	50 800	701,11	77	1,06	0,15
2015	54 471	756,31	71	0,99	0,13
2016	61 283	856,65	82	1,15	0,13
2017	52 393	737,74	93	1,31	0,18

* Без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, полово предавани инфекции и паразитни болести

През годината са регистрирани 93 смъртни случая, смъртност 1,31‰, които са с 11 повече в сравнение с 2016 г. (82 смъртни случая, смъртност 1,15‰). Леталитетът от ОЗБ през 2017 г. е с по-висока стойност - 0,18% в сравнение с 2016 г. (0,13%). И през 2017 г. основна причина за летален изход от ОЗБ са невроинфекции (менингит и/ или менингоенцефалит и менингококова инфекция) – общо 45 починали, с относителен дял 48,39% от всички смъртни случаи – Табл. 2.

Таблица 2. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести* в България през 2017 г.

№	Нозологични единици	Заболел и (брой)	Заболеваемост (на 100 000)	Умрели (брой)	Смъртност (на 100 000)	Леталитет (%)
1	Антракс	1	0,01	0	0,00	0,00
2	БММЕ хемофилус инфлуенце	2	0,03	0	0,00	0,00
3	БММЕ пневмококов	34	0,48	10	0,14	29,41
4	БММЕ стрептококов	1	0,01	1	0,01	100,00
5	БММЕ други	86	1,21	21	0,30	24,42
6	Ботулизъм	0	0,00	0	0,00	0,00
7	Бруцелоза	2	0,03	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	25007	352,12	2	0,03	0,01
12	Вирусни менингити и менингоенцефалити	155	2,18	11	0,15	7,10
13	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	2	0,03	0	0,00	0,00
14	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	8	0,11	0	0,00	0,00
15	Вирусен хепатит тип А	2510	35,34	1	0,01	0,04
16	Вирусен хепатит тип В	249	3,51	10	0,14	4,02
17	Вирусен хепатит тип С	84	1,18	1	0,01	1,19
18	Вирусен хепатит тип D	5	0,07	0	0,00	0,00
19	Вирусен хепатит неопределен	284	4,00	0	0,00	0,00
20	Гастроентерит, ентероколит	14650	206,28	25	0,35	0,17
21	Дизентерия (шигелоза)	308	4,34	0	0,00	0,00
22	Дифтерия	0	0,00	0	0,00	0,00
23	Епидемичен паротит	15	0,21	0	0,00	0,00
24	Жълта треска	0	0,00	0	0,00	0,00
25	Западнонилска треска	1	0,01	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	17	0,24	0	0,00	0,00
29	Кампилобактериоза	196	2,76	0	0,00	0,00
30	Коклюш	116	1,63	0	0,00	0,00

31	Колиентерити (ешерихиози)	240	3,38	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	2	0,03	0	0,00	0,00
34	Ку треска	30	0,42	0	0,00	0,00
35	Кърлежов енцефалит	1	0,01	0	0,00	0,00
36	Лаймска борелиоза	402	5,66	0	0,00	0,00
37	Легионерска болест	2	0,03	0	0,00	0,00
38	Лептоспирози	7	0,10	0	0,00	0,00
39	Листерия	13	0,18	4	0,06	30,77
40	Марсилска треска	180	2,53	3	0,04	1,67
41	Менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис)	8	0,11	2	0,03	25,00
42	Морбили	165	2,32	1	0,01	0,61
43	Орнитоза	0	0,00	0	0,00	0,00
44	Петнист тиф	0	0,00	0	0,00	0,00
45	Полиомиелит	0	0,00	0	0,00	0,00
46	Остри вяли парализи	251	3,53	0	0,00	0,00
47	Птичи грип А/Н5 или А/Н5N1 при хора	0	0,00	0	0,00	0,00
48	Ротавирусен гастроентерит	2878	40,52	0	0,00	0,00
49	Рубеола	0	0,00	0	0,00	0,00
50	Вродена рубеола	0	0,00	0	0,00	0,00
51	Салмонелоза	796	11,21	1	0,01	0,13
52	Скарлатина	3684	51,87	0	0,00	0,00
53	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0,00	0	0,00	0,00
54	Тетанус	0	0,00	0	0,00	0,00
55	Туларемия	1	0,01	0	0,00	0,00
56	Холера	0	0,00	0	0,00	0,00
57	Чума	0	0,00	0	0,00	0,00
ОБЩО		52393	737.74	93	1,31	0,18

*Без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, полово предавани инфекции и паразитни болести

** 2 случая на БММЕ пневмококов по един от София област и Варна са съобщени погрешно в НЦОЗА като БММЕ стрептококов и са преместени като случаи на БММЕ пневмококов.

*** 1 потвърден случай на менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис) от Шумен е съобщен погрешно в НЦОЗА като БММЕ други и е преместен като случай на менингококова инфекция.

**** 1 потвърден случай на епидемичен паротит от Стара Загора не е съобщен в НЦОЗА и е включен в общия брой на случаите на епидемичен паротит.

***** В съобщенията на НЦОЗА 172 случая на морбили са включени 7 отхвърлени случая от Пловдив (5), и по един от София област и Ямбол. Случаите са коригирани на 165.

***** 1 починал от София област, съобщен в НЦОЗА като БММЕ стрептококов е преместен като починал от БММЕ пневмококов.

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2017 г.

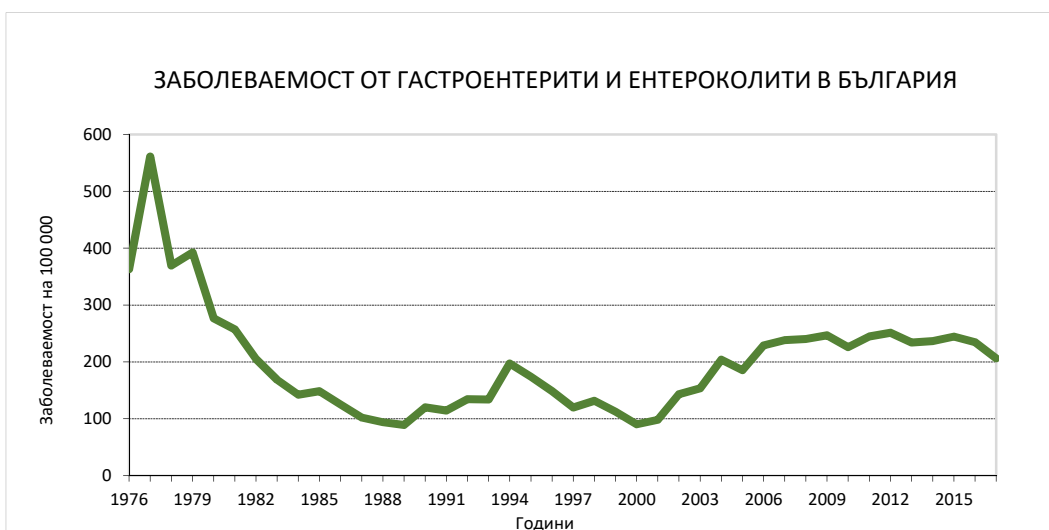
С най-висок относителен дял (47,73%) в структурата на инфекциозната заболяемост и през 2017 г. е заболяемостта от варицела, следвана от тази на гастроентеритите и ентероколитите (27,96%).

Фигура 8. Заболеваемост от варицела в България



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2017 г.

Фигура 9. Заболеваемост от гастроентерити и ентероколити в България



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2017 г.

Грип и остри респираторни заболявания (ОРЗ)

Анализът на заболеваемостта от грип и ОРЗ през 2017 г. е направен въз основа на данните от Информационната система за сентинелен надзор на грип и ОРЗ и резултатите от лабораторния надзор върху циркулацията на грипните вируси в посочения период. През 2017 г. в сентинелната извадка са участвали общо 226 лечебни заведения за извънболнична помощ, обслужващи 381 985 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 представени на Табл. 3.

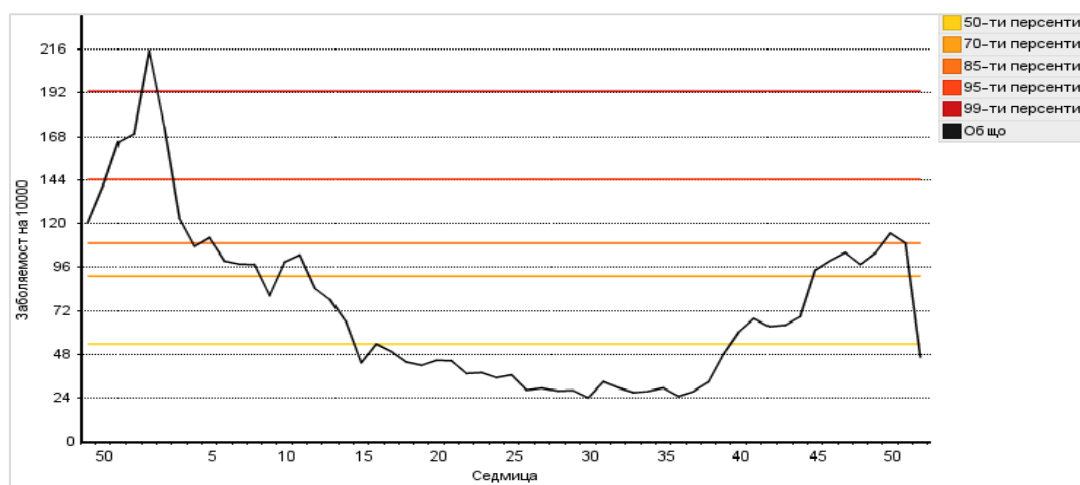
Таблица 3. Заболеваемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2017 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболеваемост на 10 000
0-4	18 762	31 657	16 872,93
5-14	34 767	34 273	9 857,91
15-29	67 220	29 660	4 412,38
30-64	194 906	31 579	1 620,22
65+	66 330	7 385	1 113,37
Общо	381 985	134 554	3 522,49

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2017 г.

През 2017 г. са регистрирани общо 134 554 заболявания от грип и ОРЗ и заболеваемост 3 522,49 на 10 000 население. Грипната епидемия започна необичайно рано през 49 седмица на 2016 г., продължи 7 седмици и се характеризираше с умерена интензивност (оценката на интензивността на епидемичния процес е направена на основата на перцентилите). Заболеваемостта започна да се покачва през 49 седмица и достигна епидемични стойности първоначално в Перник, Пловдив, Габрово и Хасково през 51-ва седмица на 2016 г. През 1-та седмица (02.01-08.01.2017 г.) грипната епидемия обхвана повечето областни градове и достигна своя връх с 8 235 заболели и 215,52 на 10 000 средна седмична заболеваемост (Фиг. 10). След регистрираното през 1-та седмица максимално ниво на заболеваемост, броят на съобщените случаи започна да се понижава, като постепенно достигна обичайните за сезона стойности.

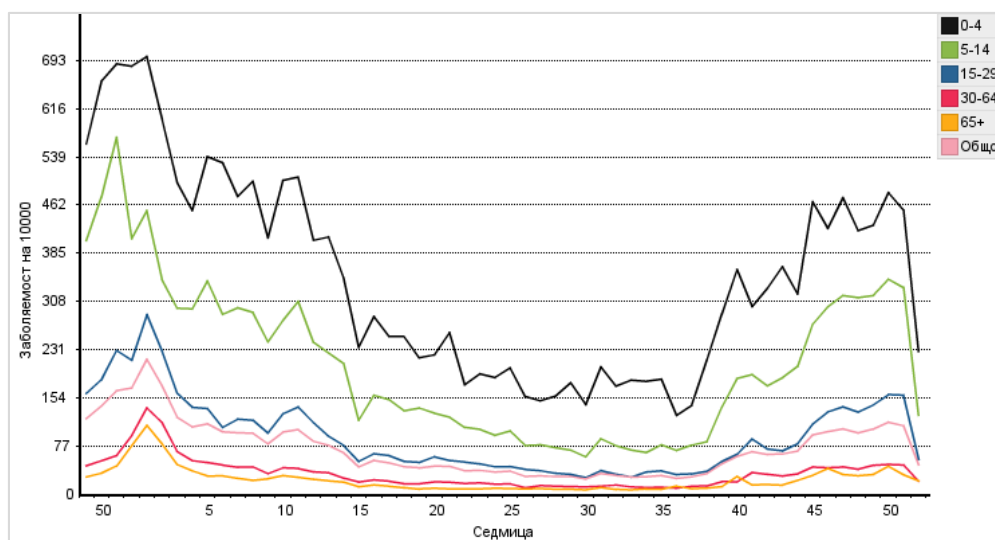
Фигура 10. Интензивност на епидемията от грип и ОРЗ в България през 2017 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2017 г.

Както през предходните години, така и през 2017 г. заболеваемостта от грип и ОРЗ е най-висока при малките деца от 0 до 4 години, следвани от възрастовата група на 5-14 годишните – Фиг. 11.

Фигура 11. Седмична заболеваемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2017 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2017 г.

През 2017 г. в НРЛ „Грип и ОРЗ” с Real Time RT-PCR са изследвани общо 923 проби на болни и контактни лица. Доказани са общо 200 положителни резултата за грипен вирус А(Н3N2), 14 за пандемичен вирус А(Н1N1)rdm09 и 15 за грипен вирус тип В.

- **Ваксинапредотвратими заболявания**

През 2017 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия, тетанус, рубеола и полиомиелит.

Таблица 4. Брой заболели от ваксинапредотвратими заболявания в България през периода 2013-2017 г.

Заболяване	Брой случаи през периода 2013-2017 г.				
	2013	2014	2015	2016	2017
Дифтерия	0	0	0	0	0
Тетанус	1	0	0	4	0
Коклюш	89	52	35	98	116
Полиомиелит	0	0	0	0	0
Морбили	14	0	0	1	165
Паротит	25	31	18	19	15
Рубеола	10	7	5	2	0
Хепатит Б	302	235	263	219	249
<i>Str. pneumoniae</i> менингит	18	24	31	35	34
<i>Hib</i> менингит	1	1	4	3	2

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2017 г.

Регистриран е епидемичен взрив от морбили със 165 заболели в три области на страната – Пловдив (141 случая), Пазарджик (20 случая) и Монтана (4 случая). 89% от заболелите са от ромската етническа общност. Възрастовата структура показва преобладаващо засягане на децата от 0 до 9 годишна възраст (66%). 41% от заболелите не са ваксинирани срещу морбили. Лабораторно потвърдени са 122 случая (74%).

Заболяванията от епидемичен паротит намаляват след 2013 г. като през 2017 г. е регистриран най-малкият брой случаи (15) за последните пет години. С данни за имунизация са 12 от съобщените случаи.

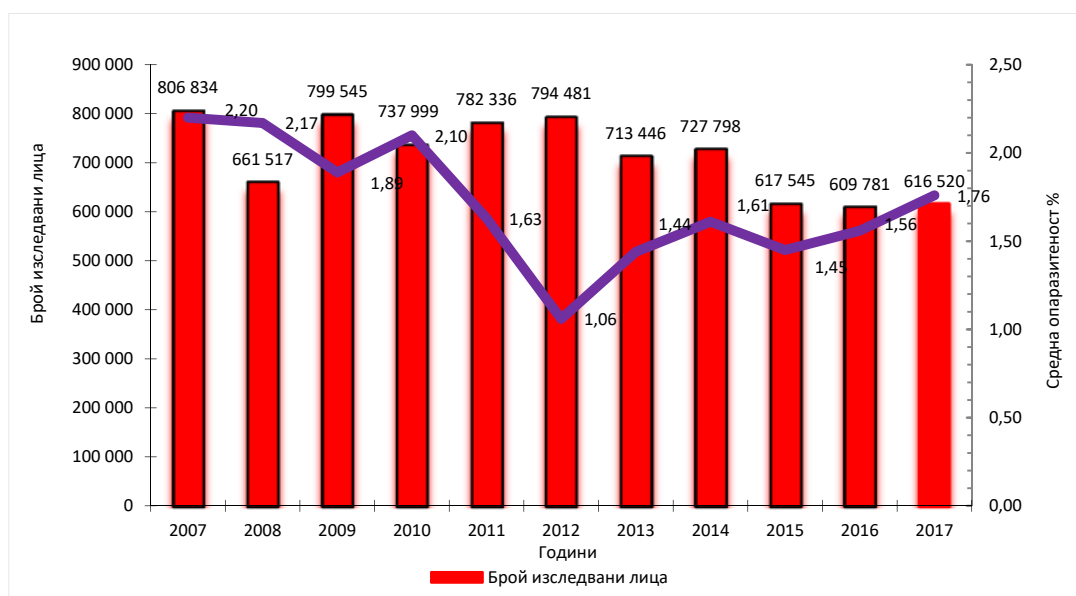
Съобщени са 116 заболели от коклюш. 32 (27,59%) от тях са неимунизирани, 14(12%) са непълно имунизирани, а за 17(14,66%) не са намерени данни за проведена имунизация. Останалите 53 случая (45,69%) са със завършена имунизационна схема.

През 2017 г. броят на регистрираните случаи на вирусен хепатит Б (249) се е увеличил в сравнение с 2016 г. (219). С най-високи стойности е заболяемостта във възрастовите групи 25-29 г. (6,66‰) и 30-34 г. (7,47‰). Единични случаи на остър вирусен хепатит Б са регистрирани във всяка една от петте детски възрастови групи (22 случая на остър вирусен хепатит Б при деца от 0 до 19 години), като 36% от заболелите са неимунизирани или с незавършена имунизационна схема с ваксина срещу хепатит Б.

- **Състояние на паразитозите в страната**

През 2017 г. за паразити са изследвани общо 616 520 лица, от които като положителни са диагностицирани 10 879 (1,76%) лица (Фиг. 12).

Фигура 12. Общ брой изследвани лица и средна опаразитеност (%) на населението в България през 2007-2017 г.



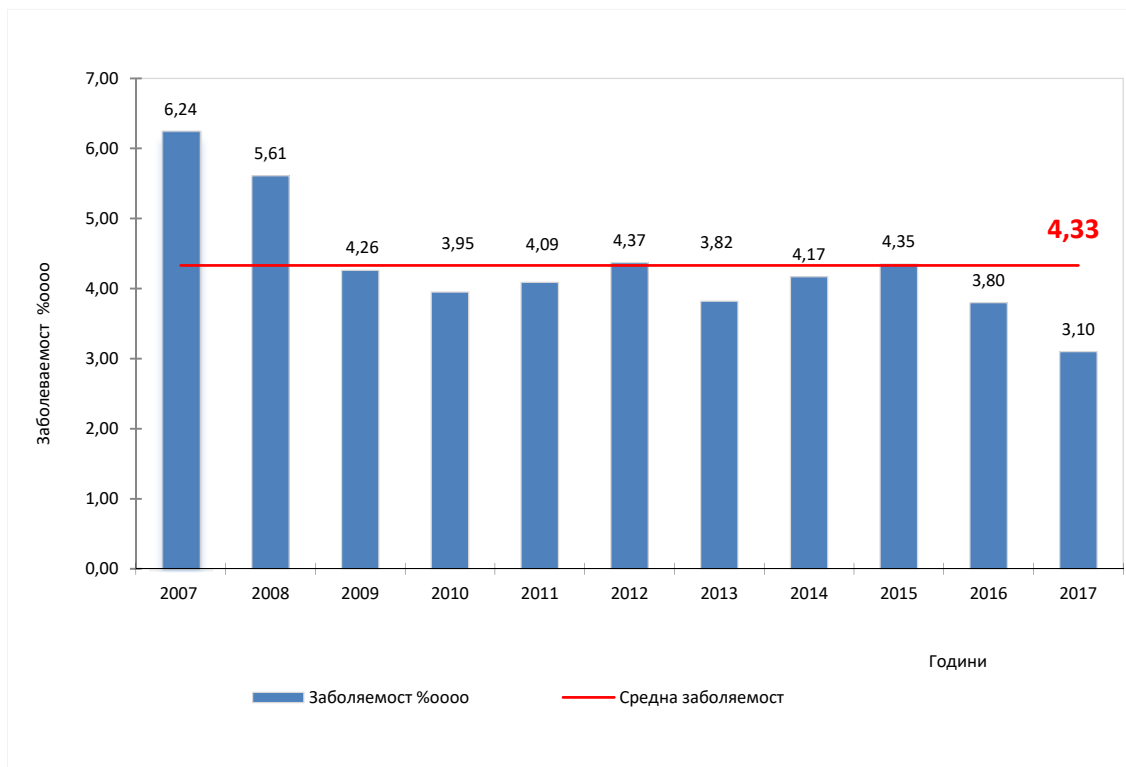
Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2017 г.

От хелминтозоозите **ехинококозата** и **трихинелозата** са с най-важно медико-социалното значение, поради ежегодната регистрация на нови случаи (ехинококоза) и епидемични взривове (трихинелоза), въпреки че стойностите на заболяемостта показват ясна тенденция към понижаване в последните години.

Ехинококоза. През 2017 година официално са регистрирани 218 лица с ехинококоза, от които 196 с първична – (89.90%) и 22 с постоперативни рецидиви (10.09%). Средната заболяемост за отчетната 2017 г. е 3,10‰. По причина ехинококоза през годината има един регистриран смъртен случай в област Кърджали (неоперирана жена на 34 г.). Най-силно е засегната възрастовата група от 25-29 години – 21 случая, (9,63%), следвана от групата на децата 10-14 години – 16 случая (33%). Относителният дял на децата с ехинококоза от 0 до 19 години през 2017 г. е 22,01%. Задържа се тревожната тенденция за голям брой заболели деца и юноши през последните години. Във възрастовата група от 0-4 години са оперирани 2 деца с ехинококоза. Териториалното разпределение на случаите е

неравномерно. Най-засегнати са областите Добрич със заболяемост 9, ‰, Сливен - 8.96‰ и Силистра – 7,1‰. Най-ниска заболяемост от ехинококоза е регистрирана в област Русе – 0,45‰, а в Монтана и Видин няма регистрирани случаи на ехинококоза.

Фигура 13. Заболяемост от ехинококоза сред населението в България през 2008–2017 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2016 г.

Трихинелоза. Съобщени са общо 147 лица, консумирали опаразитени с трихинелни ларви месни продукти. В страната са регистрирани общо 5 епидемични взрива, от които 2 в област Бургас и по един в областите Стара Загора, София град, Хасково, Пловдив и Шумен. При 4 от взривовете източник е домашна свиня и при един - диво прасе, с общо 55 заболели лица и 1 спорадичен случай от София област. Всички 56 заболели са потвърдени според критериите на Наредба 21 (ДВ бр. 52, 2011). Общата заболяемост от трихинелоза през 2017 г. е 0,79‰. От заболелите 8 са на възраст от 1 до 14 години.

За геохелминтозите аскаридоза и трихоцефалоза са изследвани общо 576 159 лица, като заболяемостта от аскаридоза е 10,0‰ (706 опаразитени), а от трихоцефалоза 1,54‰ (109 лица).

Региони с най-висок екстензитет за аскаридоза са: Кърджали – 3,91%; Благоевград – 3,14%; Габрово – 0,57% и Хасково – 0,31%, а за трихоцефалоза: Сливен – 0,16%, Варна и Разград – 0,15%.

Контактни паразитози. За **ентеробиоза** са изследвани общо 451 466 лица, като средната екстензинвазия за страната е 1,21% (5 472 опаразитени). С изследвания за тази паразитоза са обхванати 175 164 деца от различни видове детски заведения и при тях установеният екстензитет е 1,56% (2737). През 2017 г. се запазват високите стойности на опаразитеност от *E. vermicularis*, особено при децата от организираните детски колективи.

Гиардиоза (Ламблиоза) - заболяемост 12,0‰, установени позитивни 1 156 при изследвани общо 438 379 лица. По-висока опаразитеност отчитат областите Добрич, Сливен, Бургас и Ямбол.

Хименолепидоза – заболяемост 1,68‰, при 120 положителни като са изследвани 327 567 лица. Най-много случаи са регистрирани в отново в областите Сливен - 41 и Ямбол - 43.

Опортюнистични паразитози:

Токсоплазма. Изследвани са 10 525 лица, като положителен резултат е получен при 2 128 от тях. Средната серопозитивност за страната е 20,23%. Два случая на вродена токсоплазма са съобщени през годината в НЦОЗА.

Лайшманиози. През 2017 г. в страната не са регистрирани случаи на висцерална лайшманиоза.

Криптоспоридиоза. Установени 7 положителни от 231 изследвани лица със съмнения за тази паразитоза, като 5от тях са деца до 5 годишна възраст.

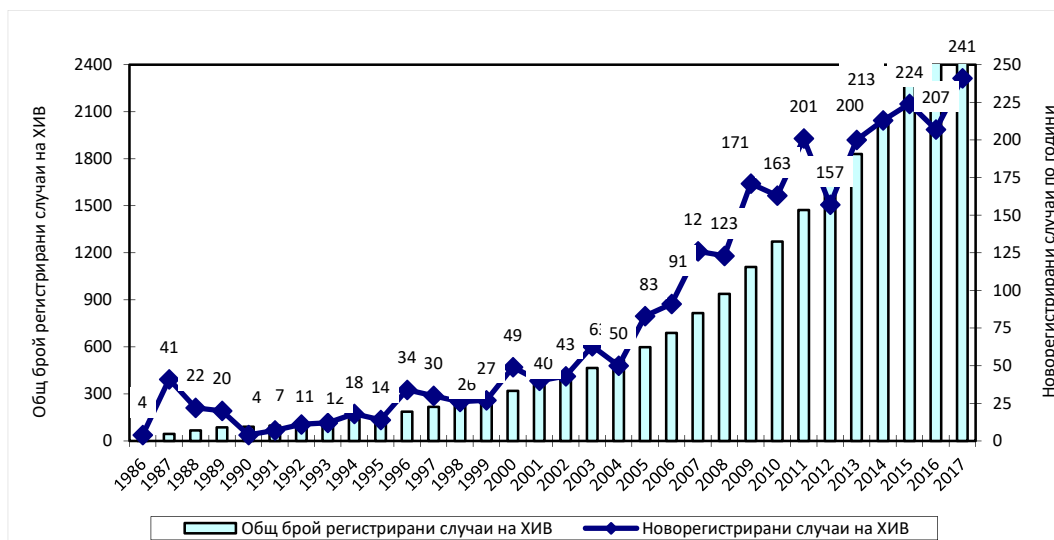
Внасяни паразитози. През 2017 г. за внасяни паразитози са изследвани 1908 лица. От тях български граждани са 105 лица и 1803 са чужденци. Опаразитяване е установено при 51 от тях (2.67%) - 47 чужди и 4 български граждани.

Малария - изследвани са общо 1 249 лица в 9 области на страната и НЦЗПБ от които 105 са българи и 1144 са чужденци. Профилактично са изследвани 1131 лица, а по клинични показания – 118. Регистрирани са 8 случая на внесена малария, 4 при български и 4 при чужди граждани. При 6 от случаите е диагностициран *P. falciparum* и по един случай на *P. vivax* и *P. malariae*.

- **ХИВ инфекция**

По данни на Министерството на здравеопазването към 31.12.2017 г. в България са регистрирани общо 2715 лица с ХИВ инфекция. През 2017 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 241 (Фиг. 14) - 218 (90%) са мъже и 23 (10 %) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2017 г. са 49. При 18% от случаите със СПИН диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Фигура 14. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986-2017 г.



Източник: МЗ, Отдел "Промоция и профилактика", Дирекция „ППБЗ“

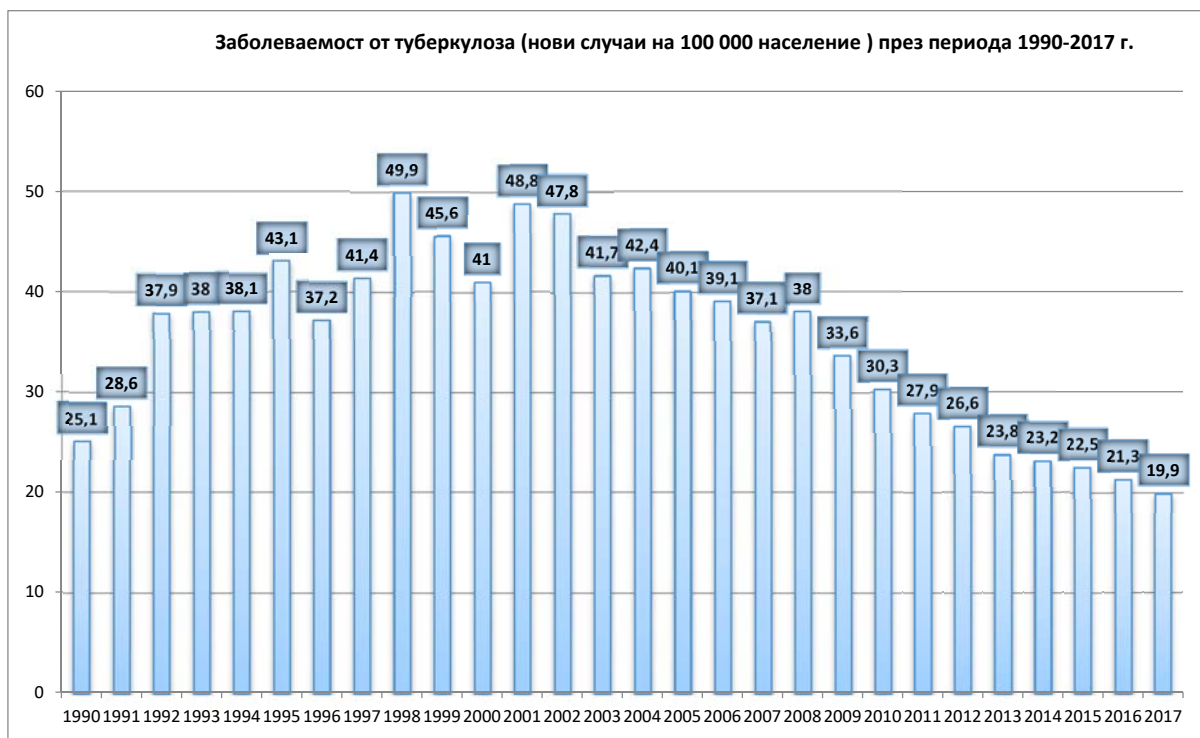
Най-голям брой новорегистрирани лица са във възрастовата група 30-39 г. (44%), следвани от групата 20-29 г. (29%). Според пътя на предаване на инфекцията отново се очертават две особено уязвими групи – мъже, които имат сексуални контакти с други мъже – 50% и инжекционно употребяващи наркотици – 13%. Запазва се тенденцията от последните години за задържане на процента на новозаразените лица, от групата на инжекционно употребяващите наркотици и увеличаване на делът на лицата сред хомо- и

бисексуалната общност. Географското разпределение на регистрираните случаи на ХИВ показва, че по-голямата част от тях са концентрирани предимно в големите градове като София град, София област, Варна, Пловдив, Бургас, Плевен и др.

- **Туберкулоза**

В България през последните години се наблюдава тенденция за намаляване на заболеваемостта от активна туберкулоза – от 39,1 на 100 000 през 2006 г. до 19,9 на 100 000 през 2017 г. (Фиг. 15).

Фигура 15. Заболеваемост от туберкулоза в България за периода 1990-2017 г.



Източник: МЗ, Отдел „Промоция и профилактика”, Дирекция „ППБЗ”

През 2017 г. в България са регистрирани 1 463 пациенти с туберкулоза, което е с 140 пациента по-малко в сравнение с предходната 2016 г. В сравнение с 2016 г. (1 603 регистрирани случаи) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 8,7%. Тенденцията за намаляване на заболеваемостта през последните години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата и Програмите, финансирани от Глобалния фонд, 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. От регистрираните през 2017 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1 101 (75%), като през 2016 г. техният брой е бил 1 186 (74%). През 2017 г. случаите с извънбелодробни форми на туберкулоза са 362 лица. Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболеваемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболеваемостта е около два пъти над средната за страната. Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1. Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи - над 65 години (298 случая или

20,4%), следват 45-54 (282 случая или 19,3%), 55-64 (264 лица или 18%) и 35-44 г. - 252 лица, което е 17,2% от всички новорегистрирани през 2017 г.

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза, през 2017 г. са 29 или 4,7%, от всички на които е направен тест за лекарствена резистентност. За сравнение през 2016 г. потвърдените случаи са 3,3% от всички пациенти показали лекарствена резистентност. От новорегистрираните 29 случая през 2017 г. - без предшестващо лечение са 14 (48%), случаи с предшестващо лечение са 15 (52%) случая. Тази форма на туберкулоза 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 странични реакции.

През 2017 г. на 1204 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ, което представлява 82,3% от новорегистрираните случаи. Има открити трима ХИВ-позитивни пациенти за 2017 г.

- **Злокачествени новообразувания**

По данни на НЦОЗА, през 2017 г. нараства болестността и намалява заболяемостта от **злокачествени новообразувания** спрямо предходната година. Показателите са съответно 4 136,8‰ и 424,8‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1457,5‰) и рак на женските полови органи (1208,0‰), а най-висока е заболяемостта – от рак на храносмилателните органи (98,1‰), от рак на млечната жлеза при жените (92,1‰) и рак на мъжките полови органи (80,0‰). Заболеваемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 569,5‰.

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболяемостта в областите Русе (575,1‰), Плевен (543,1‰), Ямбол (532,2‰), Хасково (508,7‰) и най-ниска - в София.

- **Заболеваемост по хоспитализации**

Статистическите данни за **заболеваемостта по хоспитализации** за периода 2005-2017 г.⁴ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857,0‰) до 2 331 264 (32 946,3‰) общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г.. Тези показатели се увеличават в сравнение с предходната година. От 2016 г., съгласно измененията на Наредба 49 на МЗ от 2010 г., освен хоспитализираните случаи на болничните легла, се отчитат отделно и обслужените лица на местата за краткотраен престой. Най-голям е броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст (57 945,8), следва групата на лицата 18-64 г. (26 903,0) и най-нисък е при децата от 0 до 17 години – 2 пъти по-нисък от този над 65 години.

Сред заболяванията, които са причина за хоспитализация, водещи са болестите на органите на кръвообращението (14,1%), болестите на дихателната система (9,4%), болестите на храносмилателната система (8,9%), %) и новообразуванията (7,2%), които обуславят общо 39,06% от хоспитализациите.

Структурата на хоспитализациите по класове се различава съществено по възрастови групи. При лицата 0-17 години водещи са болестите на дихателната система (32,5%). При лицата от 18 до 64 г. водещи са 3 класа : фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (15,8%), бременност, раждане и послеродов период (10,5%) и болести на органите на кръвообращението (10,2%). При

⁴ НЦОЗА

лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (24.1%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (17.5%) и болести на храносмилателната система (8.9%), които общо обуславят близо от половината от хоспитализираната заболяемост в тази възрастова група.

1.11. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане

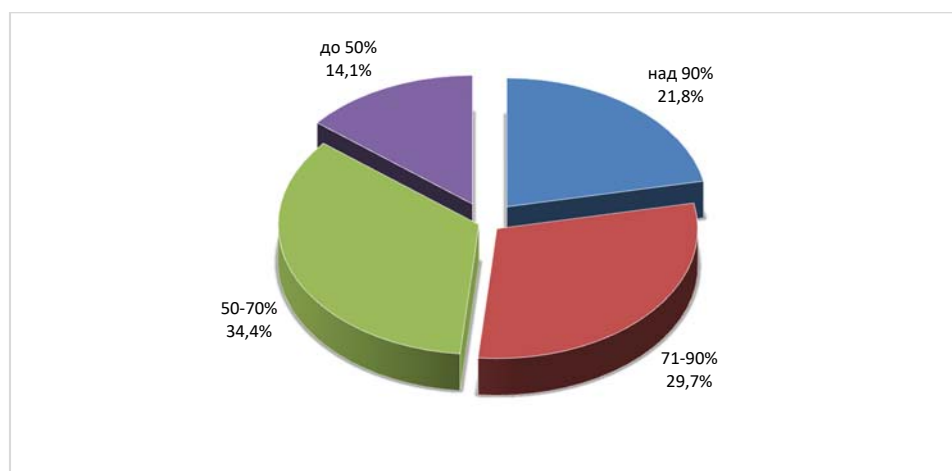
Данните за лицата с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане са по данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК. Броят на *лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст* през последните години намалява и достига 52 591 души през 2017 г.

Съгласно промяна в Закона за здравето, влязла в сила от 31.07.2010 г. видът и степента на увреждане на лицата, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване, се определя пожизнено. След 2008 г. в динамика макар и с колебания се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените лица с трайно намалена работоспособност до 2014 г., а през последните три години намалява и достига през 2017 г. 29 262 лица (17.3% от всички освидетелствани и преосвидетелствани). Най-висок остава броят и делът на лицата със срок на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 3 години (72 161, което обуславя 42.6% от лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане). Намаление се отчита при дела на лицата с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане със срок 1 година 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 2017 г. е 169 409 души. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (36.3%), следвани от възрастовата група над 60 години (35.5%).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 50-70% се увеличава в сравнение с предходната година и е най-висок — 34.4% (Фиг. 16). Следват лицата със 71-90% – 29.7%(30.2% за 2016 г.), с над 90% трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане – 21.8% (22.6% за 2016 г.) и до 50% са 14.1% (13.5% за 2016 г.).

Фигура 16. Структура на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 г. възраст по тежест за 2017 г.



Източник: НЦОЗА

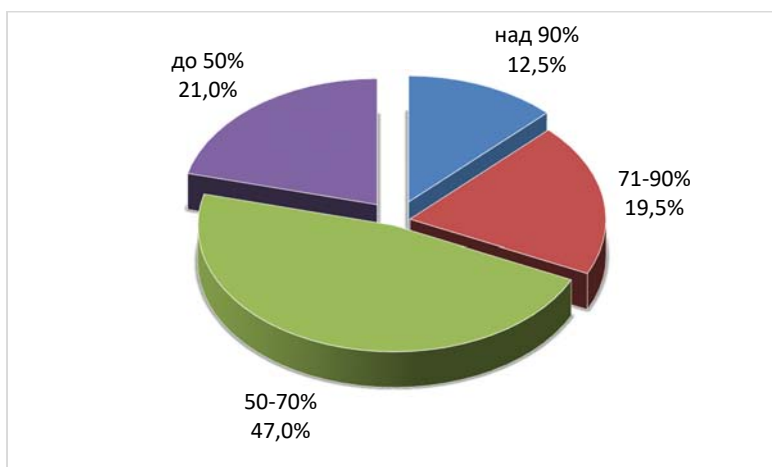
Таблица 5. Освидетелствани лица над 16-годишна възраст с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане – 2017 г.

Години	Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%			
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	на 1 000 население над 16 г.
2001	29335	36.8	31394	39.3	14847	18.6	4227	5.3	79803	12.1
2004	38413	28.8	56862	42.7	28365	21.3	9611	7.2	133251	20.2
2005	28451	24.7	44452	38.6	28837	25.0	13438	11.7	115178	17.5
2009	16330	23.6	24082	34.9	21019	30.4	7647	11.1	69078	10.7
2010	14764	22.9	21002	32.6	20746	32.2	7935	12.3	64447	10.0
2013	15939	23.2	22670	32.9	22190	32.2	8078	11.7	68877	11.1
2014	15380	21.8	22783	32.4	23062	32.8	9138	13.0	70363	11.4
2015	14308	21.7	19838	30.2	22031	33.5	9574	14.6	65751	10.8
2016	12809	22.6	17077	30.2	19111	33.7	7659	13.5	56656	9.3
2017	11452	21.8	15640	29.7	18083	34.4	7416	14.1	52591	8.7

Запазва се структурата на причините за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години като най-честата причина са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 34.2% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (21.1%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (10.6%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.3%) 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, като през последните години намалява и достига през 2017 г. 4 070 деца (при 4 228 за 2016 г.) или 3.8 на 1 000 население до 16 години (4.0‰ за 2016 г.). Най-голям е броят и дялът на децата със степен на увреждане 50-70% – 1 912 (47.0%). Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (19.5%), с най-тежката степен над 90% са 12.5% (Фиг. 17).

Фигура 17. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16 г. възраст, по тежест - за 2017 г.



Източник: НЦОЗА

Таблица 6. Освидетелствани деца до 16-годишна възраст с признати вид и степен на увреждане

Години	Вид и степен на увреждане								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%			
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	на 1 000 население до 16 г.
2001	2570	37.8	1757	25.8	1735	25.5	740	10.9	6802	5.1
2004	1222	20.7	1181	20.0	2645	44.9	851	14.4	5899	5.0
2005	801	17.1	•	•	•	•	819	17.5	4674	4.0
2009	517	14.4	•	•	•	•	453	12.7	3578	3.3
2010	628	16.4	•	•	•	•	570	14.9	3833	3.5
2013	615	11.4	966	17.9	2514	46.5	1310	24.2	5405	5.1
2014	523	10.3	857	17.0	2439	48.3	1231	24.4	5050	4.8
2015	526	10.5	815	16.2	2351	46.9	1322	26.4	5014	4.7
2016	473	11.2	770	18.2	2024	47.9	961	22.7	4228	4.0
2017	509	12.5	792	19.5	1912	47.0	857	21	4070	3.8

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 (21.9%), психичните и поведенческите разстройства (20.2%), вродените аномалии (17.5%) и на нервната система (12.9%). Тази структура с някои изключения се запазва през годините.

1.12. Оценка на здравното състояние на децата и учениците

Анализът на здравното състояние на децата и учениците е изготвен от НЦОЗА въз основа на представените от 28-те РЗИ в страната таблици с данни за физическо развитие, моментна болестност (всички регистрирани заболявания от профилактичните прегледи на децата и учениците⁵, и дееспособността на учениците. Профилактичните прегледи за оценка на физическото, психическото развитие и здравословното състояние на децата се извършва по Методика за провеждане на профилактичните прегледи при деца от 0 до 18 години⁶.

Данните са обобщени и подадени в РЗИ от медицинските специалисти от здравните кабинети в детските заведения и училищата, въз основа на предоставените им от личните лекари талони от профилактичните прегледи, съгласно Наредба № 3 на МЗ за здравните кабинети в детските заведения и училищата⁷.

Малък брой РЗИ са представили таблици с данни за диспансерното наблюдение при учениците и структурата на заболяванията водещи до диспансеризация¹, поради което този въпрос не може да бъде анализиран в контекста на цялата страна и няма да бъде дискутиран в доклада.

В анализа е включена информация за преминали профилактичен преглед деца и ученици, които посещават детско или учебно заведение. През 2016/2017 г. подлежащите на профилактичен преглед деца и ученици от 0-19 г. са общо 854 494, от които са обхванати 778 801 (91.1%). От тях 196 731 (95.2%) са децата на 0-6 г. и 582 070 (89.8%) са 7-19-годишните ученици.

⁵ Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. За профилактичните прегледи и диспансеризацията. Обн. ДВ. бр.92 от 22 Ноември 2016 г., посл. изм. ДВ. бр.29 от 30 Март 2018г.

⁶ Методика за провеждане на профилактичните прегледи на лица от 0 до 18 години. ДВ бр.4,2003 МЗ: 21.04.2004

⁷ Наредба № 3 от 27 април 2000 г. За здравните кабинети в детските заведения и училищата. Обн. ДВ. бр.38 от 9 Май 2000г., изм. ДВ. бр.83 от 10 Октомври 2000г.

Таблица 7. Преминали профилактичен преглед деца и ученици от 0-19 г.

	ДЕЦА (0-6 г.)	УЧЕНИЦИ (7-19 г.)	ОБЩО
Общ брой	206 695	647 799	854 494
Брой преминали профилактичен преглед	196 731	582 070	778 801
Обхват	95.2%	89.8%	91.1%

Здравно състояние на децата от 0-6 години

Основен профилактичен прегледи е проведен на **95.2%** от общо 228 887 деца, посещаващи детски заведения. В сравнение с предходните години, за които има обобщени данни от основните профилактични прегледи, се отбелязват близки стойности до тези през 2016 (96.5%) и значително увеличаване обхвата на децата с профилактичен преглед – в сравнение с 2013 г. и 2012 г. (съответно 91% и 92.3%).

През 2017 г. с данни за физическото развитие са 213 277 деца, посещаващи детските заведения в страната. Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развити по отношение на водещите индикатори ръст и телесна маса са в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст, съответно 97.4% за ръста и 96.9% за телесната маса (Табл. 8). С наднормена телесна маса/затлъстяване и висок ръст са съответно 2.0% и 1.4% от децата. Изостават във физическото си развитие по показателя ръст 1.2% и по показателя телесна маса 1.1% от децата.

Таблица 8. Водещи показатели за физическо развитие при деца 0-6 г.

	I група норма	II група разширена норма	III група извън норма	
	брой деца ($X \pm 1S$)	брой деца между ($X \pm 1S$) и ($X \pm 2S$)	под ($X - 2S$)	над ($X + 2S$)
Ръст	190 303	17 548	2 470	2 956
Телесна маса	188 011	18 615	2 376	4 227

При основния профилактичен преглед са регистрирани общо 15 795 заболявания. С отклонения в здравното състояние са 72.9 на 1 000 прегледани деца (Табл. 9). Очертава се тенденция за поддържане на стабилно по-нисък брой на децата със здравословни проблеми през 2017 и 2016 (72.0%), в сравнение с 2013 -78%, 2012 г. – 87% и 2011 г. - 93%.

Могат да бъдат направени изводи за известна възрастова специфика по отношение на моментната болестност. Установява се ясно изразено по добро здравословно състояние при децата до 3-годишна възраст, при които откритите при профилактичния преглед заболявания са едва 9%. За разлика от тях в групата на 3-6-годишните, патология е установена при 63.6 на 1 000 прегледани.

На фона на установените положителни тенденции по отношение обхвата с профилактични прегледи и по-ниското ниво на заболяемостта при по-малките деца, водещо място в структурата на заболяванията при децата от 0 до 6 г. са респираторните, като първото място заема бронхиалната астма, която е регистрирана при 8.1 на 1 000 прегледани деца. На второ място са хроничните заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации – 7.6%, следват случаите на алергичен ринит и пневмонии, регистрирани съответно - 7.3% и 7.0%. Освен респираторната патология, затлъстяването и смущенията в зрението са с близки стойности от 6.8 и 6.7 на 1 000 прегледани деца.

Таблица 9. Моментна болестност при деца 0-6 г.

Заболявания и аномалии	Брой деца всичко	В това число	
		0-3 г.	4-6 г.
Общ брой деца	206 695	32 834	173 861
Общо прегледани деца	196 731	31 476	165 255
Туберкулоза (A15-A19)	3	1	2
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	25	2	23
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	8	4	4
Захарна болест (диабет) (E10)	69	3	66
Затлъстяване (E65-E68)	1 338	51	1 287
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	126	21	105
Неврози (F40-F48)	38	2	36
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	247	21	226
Специфично забавяне в развитието (F84)	519	33	486
Олигофрения (F70-F79)	58	2	56
Детска церебрална парализа (G80)	158	17	141
Епилепсия (G40)	254	19	235
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	200	14	186
Смущения в зрението (H53)	1 337	83	1 254
Слепота и намалено зрение (H54)	180	4	176
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	241	47	194
в т.ч. Глухота (H90)	82	7	75
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	10	1	9
Хипертонична болест (I10-I15)	18	8	10
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	1 506	175	1 331
Алергичен ринит (J30)	1 450	244	1 206
Пневмония (J12-J18)	1 368	294	1 074
Хроничен бронхит (J41-J44)	1 207	244	963
Астма (J45)	1 602	109	1 493
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	68	20	48
Гастрит и дуоденит (K29)	185	15	170
Абдоминална херния (K40-K46)	54	7	47
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	5	1	4
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	23	1	22
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	29	3	26
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	13	2	11
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	0	0	0
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	23	3	20
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	86	10	76
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	67	2	65
Вродени аномалии (Q00-Q99) в т.ч.:	256	37	219
- на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	155	17	138
- крипторхизъм (Q53)	13	1	12
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	6	1	5
Други	1 991	379	1 612
Открити заболявания - всичко	14 348	1 832	12 516

Здравно състояние на учениците (7-19 г.)

През 2017 г. с основния профилактичен преглед са обхванати 582 324 ученика (89.8% от всички подлежащи). Въпреки, че все още относителният дял на преминалите профилактичен преглед ученици е недостатъчен, през последните години се отбелязва известно плавно нарастване на обхвата с близки стойности (89.9% през 2016, 86.6% през 2013, 84% през 2012 г. и 81.1% през 2011 г.).

През 2017 г. с основния профилактичен преглед са обхванати 582 324 ученика (89.8% от всички подлежащи). Въпреки, че все още относителният дял на преминалите профилактичен преглед ученици е недостатъчен, през последните години се отбелязва известно плавно нарастване на обхвата с близки стойности (89.9% през 2016, 86.6% през 2013, 84% през 2012 г. и 81.1% през 2011 г.).

По отношение на водещите антропометрични показатели, 93.2% от учениците са в норма или в разширената норма по показател **ръст** (93.0 от 7-14-годишните и 93.6% от тези на 14-18 г.) (Табл. 10). С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 47853 (4.3%) от учениците, а с много висок ръст са 16 423 ученика (2.5%).

Таблица 10. 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)		брой ученици под (X - 2S)		брой ученици 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.
332 803	179 725	51 169	28 181	7 919	32 015	11 942	4 481
80.6%	80.9%	12.4%	12.6.2%	1.9%	1.4%	2.8%	2.0%

В I и II група на норма и разширена норма по отношение на **телесната маса** са 592 577 (91.3%) от учениците. (Табл. 11). С ниска телесна маса са 13 619 ученика (2.1%), сред които преобладават 7-14-годишните (5 772). Двукратно по-голям е броят на учениците с наднормена телесна маса/затлъстяване - общо 28 653 (4.4%). Най-голям е броя на учениците с показатели за телесна маса превишаващи 2 стандартни отклонения при 7-14 годишните момчета – 10 290 (8.8%).

Таблица 11. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса при ученици

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици (X ± 1S)		брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)		брой ученици под (X - 2S)		брой ученици 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.
332 742	178 578	52 766	28 491	7 847	5 772	19 257	9 396
80.6%	80.3%	12%	12.5%	1.9%	2.5%	4.6%	4.2%

По време на **основния профилактичния преглед** са регистрирани общо 104 291 заболявания, т.е. 179.1 на 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравето състояние (Табл. 12).

Затлъстяването е водещ проблем ученическа възраст и заема първо място в структурата на установените по време на профилактичния преглед заболявания 11 229 случаи или 19.3 на 1 000 прегледани ученици. През последните години след трайна тенденция за намаляване на случаите със затлъстяване - 22.2%, през 2011 г. 21.7% през 2012 г., 19.5% през 2013 и 17.8% през 2016, броят на учениците със затлъстяване нараства до 19.3 на 1 000 прегледани учениците. Ниската двигателна активност/хиподинамията и нездравословния модел на хранене са водещите рискови фактори за наднормената телесна маса и затлъстяването.

На второ място в структурата на заболяемостта болестите на окото (смушения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение), установени при 8303 (14.3%). Резултат е незначително по-нисък в сравнение с предходните 2016 (15%), 2013 г. (15%) и 2012 г. (15.6%). Проблемите със зрението на учениците

продължава да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на компютри, лаптопи, планшети, всички видове клетъчни телефони, електронни книги и други дигитални устройства. Всички те, освен че застрашават зрението и стойката на ученика, предразполагат и към развиване на психическа зависимост със всички негативни здравни последици за детската психика.

На трето и четвърто места следват бронхиалната астма – 4 513 (7.7%) и гръбначните изкривявания – 2 163 (3.7%), последните запазвайки незначителната, но стабилна тенденция за намаляване през последните години - 3.9% през 2016, 4.0% през 2013 и 5.3% през 2012 г.

Таблица 12. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците

Заболявания и аномалии	Брой ученици всичко	В това число		
		I клас	VII клас	X клас
Общ брой ученици	647 799	53 765	51 975	42 619
Общо прегледани ученици	582 070	50 735	45 862	38 226
Туберкулоза (A15-A19)	31	12	6	2
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	110	7	6	9
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	226	9	29	49
Захарна болест (диабет) (E10)	731	56	89	81
Затлъстяване (E65-E68)	11 229	1 125	1 458	1 140
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	343	24	54	38
Неврози (F40-F48)	393	27	41	38
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	577	84	60	45
Специфично забавяне в развитието (F84)	1 640	202	159	92
Олигофрения (F70-F79)	465	31	35	58
Детска церебрална парализа (G80)	658	108	55	52
Епилепсия (G40)	1 407	165	136	117
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	2 288	163	251	173
Смущения в зрението (H53)	5 353	532	864	750
Слепота и намалено зрение (H54)	662	73	81	74
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	466	55	44	39
в т.ч. Глухота (H90)	369	34	32	32
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	59	3	7	8
Хипертонична болест (I10-I15)	401	10	39	97
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	647	138	97	46
Алергичен ринит (J30)	1 386	171	181	118
Пневмония (J12-J18)	592	94	100	55
Хроничен бронхит (J41-J44)	623	82	118	60
Астма (J45)	4 162	628	389	277
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	106	18	19	19
Гастрит и дуоденит (K29)	613	43	99	80
Абдоминална херния (K40-K46)	21	1	3	0
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	33	3	4	7
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	78	5	9	8
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	202	17	28	28
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	124	3	13	26
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	155	0	16	34
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	317	11	30	48
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	749	51	83	91
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	2 163	220	306	187
Вродени аномалии (Q00-Q99)	898	78	79	64

- в т.ч. - на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	544	35	52	48
- крипторхизъм (Q53)	31	5	1	1
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	145	7	16	16
Други	3 019	302	179	233
Открити заболявания - всичко	104 291	9 933	10 487	8 895

Наличните данни за регистрираните заболявания при профилактичните прегледи дават също така възможност да се анализира здравното състояние на учениците от първите, седмите и десетите класове. Най-висок, както в предходната 2016 г. и с тенденция за нарастване е обхватът с профилактични прегледи на първокласниците (съответно 90.05% и 94.3%), а най-висока заболяемост е отчетена при седмокласниците – 228.7 случая на 1 000 прегледани.

За преодоляване на проблемите, свързани със затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначни изкривявания, които са водещи в структурата на заболяемостта и се считат за специфични за училищната възраст, е необходимо създаване на условия за повишаване на двигателната активност на учениците чрез подобряване училищната среда като цяло и особено на спортната база в училищата.

По отношение на **физическата дееспособност**, данните на РЗИ за 647 799 ученици, които участват в часовете по физическо възпитание, сочат че 622 371 ученика (96.1%) са покрили нормите за физическа дееспособност, незначително по-малко момичета от момчета, със съотношение момичета:момчета и в двете възрастови групи - 0.09 (Табл. 13).

За изминалата учебна година броят на учениците, напълно освободени от часовете по физическо възпитание, е 10032, т.е. 1.6% от учениците не играят физическо възпитание, поради здравословни проблеми. Тук момичетата преобладават в групата на 14-18-годишните при съотношение 1.8 при съотношението момичета:момчета в групата на 7-14-годишните - 0.9.

В някои от училищата има организирани групи по лечебна физкултура, в които са включени общо ученика с незначителен превес на момчетата. Техният брой е близък до този през 2016 (1539) и по-нисък в сравнение с предходните години: 1 804 - през 2013, и 2 445 през 2012 г.

Таблица 13. Физическа дееспособност

Показатели за оценка на физическата дееспособност	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	622 371 (96.1%)	206 081	191 559	116 171	102 590
Брой ученици, освободени от часовете по физическо възпитание	10 132 (1.6%)	2 022	1 976	2 201	3 866
Брой ученици, включени в групи по лечебна физкултура в училище	1 577 (0.2%)	545	436	272	219

1.13. Психично здраве

Психичните разстройства в много голяма степен се обуславят от комплекс от взаимосвързани биологични, психологични и социални фактори или т. нар. био-психо-социален модел, където в преобладаваща част от случаите биологичната компонента не е водеща, а по-скоро съпътстваща основната причина за тяхната поява. Биологично обусловените заболявания като шизофрения, епилепсия, биполярно разстройство и др. са значително по-малко разпространени от тревожните или т. нар. „чести“ (в миналото наричани „невротични“ разстройства), където причините са психодинамични и социални. От друга страна, макар епидемиологичните проучвания в световен мащаб да показват, че

шизофренните разстройства са в порядъка от 1-2% от общата заболяемост, тяхната социална значимост е огромна.

След промените в системата на здравеопазване през 2000 г. голяма част от институционализираните амбулаторни услуги преминаха в частния сектор, което имаше положителен ефект върху обслужването на пациентите като цяло особено при тези с така наречените чести психични разстройства – леки депресии, тревожни разстройства, посттравматичен стрес, нарушения в съня и др. Въпреки тези промени психичното здраве на българите не се подобрява. Причините за това са комплексният характер на факторите, които го обуславят, немалка част от които са извън системата на психиатрично обслужване – жизнената среда, нивото на стрес в ежедневието, условията на труд, взаимоотношенията в семейството, качеството на живот, социалното благополучие. България изостава много сериозно от европейските страни по отношение на отделяните средства за обществено здраве и в частност за психично здраве.

През 2017 г. суицидните действия в България – опити и реализирани самоубийства, са в рамките на 35 на 100 000 за опитите и 8,9 на 100 000 за реализираните самоубийства за двата пола. В сравнение с 2016 г., през 2017 г. се наблюдава отново намаляване на броя на опитите за самоубийство при двата пола. Средната възраст е 43 години за двата пола.

През 2017 г. след няколко работни срещи, организирани от МЗ, проектът на Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2017–2023 г. **не беше приет** за изпълнение. Най-сериозна съпротива беше изказана от някои представители на професионалните сдружения на психиатрите. Предложено бе през 2018 г. да се осъществи външен мониторинг на психиатричната система от представители на Европейската психиатрична асоциация (ЕПА).

В рамките на Програма ВГ 07 „Инициативи за обществено здраве”, проектът „Подобрени услуги за психично здраве”, стартирал 2015 г., приключи през 2017 г. Една от целите на проекта бе повишаване познанията на личните лекари, психолозите и социалните работници за ранно откриване, интервенции и насочване към специалист на пациенти с тревожни разстройства, депресия и суицидно поведение (чрез онлайн обучение и обучителни семинари). Друга цел бе повишаване капацитета на експертите на Регионалните здравни инспекции относно превенция на суицидното поведение сред подрастващите и прилагане на програми за първична и вторична профилактика на самоубийствата в училищата. Беше осъществена публична кампания (медийни публикации и интервюта, специализирани предавания в електронни медии, информационни клипове, обучителни семинари, информационна брошура и дигитална и др.), в рамките на която чрез многобройни медийни проекти беше постигнато повишаване на нивото на информираност на населението относно психичното здраве и суицидопревенцията, както и нивото на компетентност на медийните експерти, занимаващи се с отразяване на тези теми.

Бяха разработени и издадени програми за обучение и четири Ръководства за обучители за 8, 9, 10 и 11 клас. В рамките на четири тридневни интерактивни семинара за обучители бяха обучени 53 експерти от РЗИ в цялата страна за провеждане на обучения за суицидопревенция, преодоляване на агресията и др. в училищата. Беше издадено Ръководство за ранно откриване на тревожност и депресия в първичната помощ. Беше изграден специализиран сайт за психично здраве, който дава онлайн достъп до всички разработени материали.

1.14. Сексуално и репродуктивно здраве

През 2017 г. се запазва тревожната тенденция за сравнително висок процент на ранни аборти сред момичетата до 19 г. Във възрастовата група 15-19 г. броят на абортите за 2017 г. е 2 057 или 8,5% от общия брой на абортите. Наблюдава се тенденция на намаляване на броя на абортите в тази възрастова група, със значителен спад между 2010 г. и 2015 г. и последващ процес на не толкова значима, но стабилна тенденция към намаляване между

2015 и 2017 г. Във възрастта под 15 години броят е 115 или 0,5% от общия брой на абортите в страната. Тук също се наблюдава тенденция към намаляване, която се прекъсва през 2017 г. (Фиг. 18).

Фигура 18. Брой аборти в юношеска възраст



Основният начин за предаване на ХИВ инфекцията на новородени е от майка към нейното бебе. Целта на Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България 2017-2020 г. е стойността на този показател да бъде задържана под 1%. В България това е постигнато благодарение на програмите за изследване на уязвимите групи и осигуряване на антиретровирусно лечение, за носителите на вируса, водещо до изчистване на вирусния товар; оперативно раждане за предотвратяване инфектирането на бебето; профилактика с АРТ на родените деца и хранене с адаптирано мляко вместо кърмене.

Превантивни програми за деца, насочени към подобряване на здравословното им състояние

Сексуално и репродуктивно здраве (СРЗ) и превенция на сексуално предавани инфекции (СПИ) и ХИВ

В последните няколко години, след приключването на Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ 2003-2014 г., финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН туберкулоза и малария, се преустанови финансирането на насочени към децата и подрастващите в България дейности в областта на СРЗ и превенция на СПИ и ХИВ. След 2015 г. голяма част от регулярните дейности, които поддържаха капацитета за работа с тях на местно и национално ниво, вече не се изпълняват: работата на изградените общински клубове за обучители на връстници почти навсякъде е преустановена; годишните национални обучения за обучители на връстници спряха да се провеждат; свободноизбираемата подготовка по сексуално здравно образование в българските училища, за която до 2008 г. бяха подготвени над 700 учители в над 200 пилотни училища, е значително ограничена.

По Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България 2017-2020 г. продължават да се провеждат ежегодни АНТИСПИН кампании в три етапа – 1 декември (Световен ден за борба със СПИН), 14 февруари (Ден на влюбените) и третата неделя на месец май (Международен ден за съпричастност със засегнатите от ХИВ/СПИН), както и летни АНТИСПИН кампании.

Кампаниите се организират от МЗ, НЦОЗА, РЗИ и др. Дейности се провеждат в страната от Кабинетите за анонимно и безплатно консултиране към РЗИ, други неправителствени организации, все още действащи клубове за обучители на връстници. В

рамките на кампаниите с информационни материали и презервативи се достигат и подрастващи до 18-годишна възраст.

Международният институт за младежко развитие PETRI – София към НЦОЗА, създаден през 2007 г., благодарение на международно разпознатия опит на страната ни, със съвместните усилия на UNFPA, НЦОЗА, МЗ и Международната младежка мрежа за обучители на връстници Y-PEER, ежегодно организира и провежда международни обучения за младежки лидери в сферата на СРЗ, във всяко от които се включват по няколко млади хора от България. Това дава възможност на българските младежи от националната Y-PEER мрежа да стоят във връзка с международната мрежа и да се запознават с най-съвременните методи на работа в сферата на СРЗ и обучението на връстници. PETRI – София е разпознат от МВНР като структура с много добри международни резултати и в периода 2015-2018 г. изпълни успешно три проекта, финансирани от Българската помощ за развитие, насочени към изграждане на капацитет в сферата на СРЗ и Целите за устойчиво развитие на младежки активисти в страни от интерес за България.

2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

2.1. Структура и организация

Няма съществени промени в структурата и организацията на здравната система през 2017 г. в сравнение с предходната година (Табл. 14).

Таблица 14. Здравна мрежа и леглови фонд през 2016 и 2017 г.

Видове заведения	2016		2017	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко	321	49 589	322	50 519
Многопрофилни болници	112	25 353	112	25 521
Многопрофилни болница за активно лечение	110	25 238	110	25 406
Специализирани болници	65	7 121	63	6 862
Специализирана болница за активно лечение	33	3 100	31	2 925
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация	10	930	10	888
Специализирана болница за рехабилитация	21	2 951	21	2 904
Психиатрични болници	12	2 225	12	2 225
Частни заведения за болнична помощ	111	11 195	114	12 254
Лечебни заведения за извънболнична помощ*				
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3 396	-	3 297	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	5 062	-	4 969	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	214	-	212	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	372	-	360	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2 949	-	2 879	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	85	-	81	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	139	-	134	-
Медицински центрове	702	825	716	905
Дентални центрове	50	13	55	18
Медико-дентални центрове	50	53	50	43
Диагностично-консултативни центрове	112	272	112	297
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1 115	-	1 110	-
Други лечебни и здравни заведения				
Комплексни онкологични центрове	7	1 145	7	1 153
Центрове за кожно-венерически заболявания	5	50	5	50
Центрове за психично здраве	12	1 032	12	1 022
Центрове за спешна медицинска помощ	27	-	27	-
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология	4	-	4	-
Домове за медико-социални грижи за деца	17	1 114	16	1 034
Хосписи	45	1 079	47	1 143
Центрове без легла	7	-	7	-
РЗИ	28	-	28	-
Санаториални заведения	-	-	-	-

* Броят на амбулаториите е по отчетите на лечебните заведения.

Без съществени промени остава общият брой на лечебните заведения за болнична помощ – 322 при 321 за 2016 г. Специализираните болници намаляват с 2, а частните болници се увеличават с 3. В извънболничната медицинска помощ се наблюдава намаляване на броя на амбулаториите за първична медицинска помощ – индивидуални практики – от 3 396 през 2016 г. на 3 297 през 2017 г. и незначително намаляване със 2 групови практики (съответно 214 през 2016 г. и 212 през 2017 г.). През 2017 г. намалява броят на амбулаториите за първична дентална помощ – индивидуални практики с 93. Амбулаториите за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики намаляват през 2017 г. със 70, а броят на груповите практики 5. Медицинските центрове са увеличени с 14 и достигат 716 през 2017 г., а диагностично-консултативните центрове остават същия брой. Денталните центрове се увеличават с 5 и стават 55 през 2017 г., а Медико-денталните запазват броя си. Самостоятелните медико-технически лаборатории намаляват и от 1115 през 2016 г. за 2017 г. стават 1110. В другите лечебни заведения няма промяна с изключение на ДМСГД, чийто брой от 17 е редуциран до 16 във връзка с деинституционализацията на децата и увеличаването на Хосписите от 45 на 47.

ДМСГД

През 2017 г. с Постановление № 5 от 12.01.2017 г. на Министерски съвет е закрито ДМСГД – Св. София, като общият брой на домовете остава 16. В изпълнение на дейностите по осигуряване на устойчивост на проектите за деинституционализация на децата от 8-те пилотни ДМСГД и през 2017 г. Министерство на здравеопазването продължава да осигурява финансиране на областните лечебни заведения за болнична помощ в градовете, в които има разкрити Центрове за настаняване от семеен тип за деца/младежи, за деца, нуждаещи се от постоянна медицинска грижа, за осигуряване на наблюдение и 24-часова консултативна помощ.

2.2. Нормативна база

През 2017 г. са настъпили промени в нормативната уредба както следва:

- Приети са 9 постановления на МС
- Приети са 19 Наредби
- Приети са 4 правилника и 4 други.

Промени в действащото законодателство през 2017 г.:

1. В областта на медицинските дейности

Приети са промени в Закона за лечебните заведения, които дават възможност лечебните заведения към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията да бъдат субсидирани по реда на ежегодната методика на министъра на здравеопазването за субсидиране на лечебните заведения.

Извършени са промени в работата на Център „Фонд за лечение на деца“ като фондът е задължен да провежда обществени поръчки за осигуряване на медицински изделия за нуждаещите се деца.

В пакета дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, са включени дейности, свързани със зъбно протезиране, необходимо приоритетно на възрастните хора.

От 01.01.2018 г. са в сила промени в областта на финансовото подпомагане за извършване на асистирана репродукция от Центъра за асистирана репродукция. С тях се увеличават възможностите за финансиране и се предвижда заплащане на повече методи за асистирана репродукция, с които се цели по-добър достъп до публичния ресурс от страна на пациентите и по-голяма ефективност при разходването на средствата. Прецизират се

контролните механизми по отношение на лечебните заведения, които работят по договори с центъра.

Закрит е Домът за медико-социални грижи за деца „Света София“ – София съобразно визията за деинституционализация.

Оптимизирана е нормативната уредба в областта на трансплантацията на тъкани и клетки и на асистираната репродукция с оглед осигуряване на пълна проследяемост, качество и безопасност на тъканите и клетките, внос от трети страни. Нормативните промени в тази област отразяват актуалните изисквания на европейското право.

Приета е нова Наредба за медицинската експертиза, която не променя регулацията на обществените отношения в тази област, а преодолява допуснати процедурни пропуски при приемането на предходната наредба.

Отменени са от съда множество медицински стандарти, които в началото на 2018 г. са подготвени за ново издаване. Издадени са нови медицински стандарти по „Ортопедия и травматология“ и „Спешна медицина“, които не променят принципно изискванията за работа по тези медицински специалности, а се съобразят със съдебните решения.

Приета е нова Наредба за реда за установяване употребата на алкохол и/или наркотични вещества или техни аналози, с което съвместно с Министерството на вътрешните работи се прецизират и оптимизират дейностите в горепосочената област.

2. В областта на лекарствената политика и наркотичните вещества

По предложението на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса е изменена и допълнена Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето. С нея се създават по-ефективни предпоставки за договаряне на отстъпки на лекарствени продукти, заплащани от Националната здравноосигурителна каса.

Изменен е Правилникът за функциите и организацията на дейността на Експертния съвет по лечение на зависимости с цел привеждането му в съответствие с промените в Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите от 2016 г. и за постигане на максимална прозрачност в неговата работа.

3. В областта на общественото здраве

С промени в Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България е актуализиран Имунизационният календар на Република България в резултат на публикувани препоръки от Европейския център за превенция и контрол на заболяванията и Световната здравна организация.

Приети са промени в Наредба № 4 от 2016 г. за определяне заболяванията и отклоненията, които застрашават живота и здравето на децата и учениците. С тях се постига яснота и прецизност по отношение на удостоверяването на здравословното състояние на учителите.

Приет е нов Правилник за организацията и дейността на Експертния съвет по биоциди с цел привеждане на неговата работа в съответствие със Закона за защита от вредното въздействие на химичните вещества и смеси.

4. В областта на административната организация на работа

Приет е нов Устройствен правилник на Министерството на здравеопазването, с което са оптимизирани структурните звена за по-голяма ефективност в работата на министерството. Не е променена щатната численост на Министерството на здравеопазването.

2.3. Финансиране

2.3.1. Финансиране на здравни дейности от държавния бюджет

Разходите на държавния бюджет по функция „Здравеопазване” през 2017 г. в общ размер на 701,4 млн. лв., представени в таблица 15, 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 Министерския съвет, Министерство на здравеопазването, Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерство на отбраната, Министерство на вътрешните работи, Министерство на физическото възпитание и спорта и разходи по централния бюджет.

Чрез бюджета на Министерството на здравеопазването се осъществяват 66,81% от всички разходи за функция „Здравеопазване” по държавния бюджет.

Таблица 15. Разходи за функция „Здравеопазване” за 2016 г. и 2017 г. по държавния бюджет

№	Ведомство	2016 г. (млн. лв.)	2017 г. (млн. лв.)	Разлика 2017- 2016 (млн.лв.)
1	2	3	4	5
1	Министерство на здравеопазването	450,1	468,6	18,5
2	Министерски съвет	57,6	21,5	- 36,1
3	Министерство на отбраната	165,5	166,6	1,1
4	Министерство на вътрешните работи	28,2	29,7	1,5
5	Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	9,1	9,8	0,7
6	Министерство на физическото възпитание и спорта	0,2	0,2	-
7	Централен бюджет	4,1	5,0	0,9
Общо:		714,8	701,4	-13,4

Източник: МФ

В рамките на определения бюджет Министерство на здравеопазването пряко финансира 102 самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения, юридически лица на бюджетна издръжка:

- 27 центъра по спешна медицинска помощ (ЦСМП);
- 28 регионални здравни инспекции (РЗИ);
- 5 национални центъра;
- 19 домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД);
- 12 държавни психиатрични болници (ДПБ);
- 4 районни центъра по трансфузионна хематология;
- Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ);
- Изпълнителна агенция по трансплантация (ИАТ);
- Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК);
- Център „Фонд за лечение на деца“ (ЦФЛД);
- Център за асистирана репродукция (ЦАР);
- Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО);
- Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти.

Финансирането на здравни дейности от Министерство на здравеопазването се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики, представени в таблица 16.

**Таблица 16. Разходите по политики и програми 2016 - 2017 г.
(по бюджета на Министерство на здравеопазването)**

ПОЛИТИКИ И ПРОГРАМИ	Отчет 2016 г. /хил. лв./	Отчет 2017 г. /хил. лв./
1	2	3
Политика в областта на ПРОМОЦИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ	98 541,4	98 499,0
Бюджетна програма „Държавен здравен контрол“	19 332,2	15 194,8
Бюджетна програма „Промоция и превенция на незаразните болести“	5 326,2	8 469,7
Бюджетна програма „Профилактика и надзор на заразните болести“	72 848,3	73 561,1
Бюджетна програма „Намаляване търсенето на наркотични вещества“	1 034,7	1 273,3
Политика в областта на ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	329 189,8	339 994,4
Бюджетна програма „Контрол на медицинските дейности, здравна информация и електронно здравеопазване“ ⁸	7 406,5	7 327,4
Бюджетна програма „Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението“ ⁹	50 479,0	46 112,1
Бюджетна програма „Спешна медицинска помощ“	153 431,5	162 916,4
Бюджетна програма „Психиатрична помощ“	49 026,3	53 379,7
Бюджетна програма „Осигуряване на кръв и кръвни продукти“	21 857,1	21 999,3
Бюджетна програма „Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, детско и майчино здравеопазване“ ¹⁰	46 989,4	48 259,4
Бюджетна програма „Медицинска експертиза“ ¹¹	0	0
Политика в областта на ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	20 684,4	26 059,4
Бюджетна програма „Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия“	20 684,4	26 059,4
Бюджетна програма „Администрация“	9 960,8	12 893,7
Общо разходи:	458 376,6	477 446,5

⁸ До 2016 г. програмата се нарича „Контрол на медицинските дейности и здравна информация“ и в нея не се включва финансиране на дейностите по електронно здравеопазване“.

⁹ До 2016 г. по програмата се финансират и дейностите по асистирана репродукция и фонд за лечение на деца.

¹⁰ През 2016 г. по тази програма се финансират и дейностите по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве, асистирана репродукция и фонд за лечение на деца.

¹¹ Програмата функционира до 2016 г., а от 2016 г. дейностите по програмата се финансират в рамките на Програма „Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението“

От данните в таблицата се вижда, че има непрекъснато увеличаване на средствата по политика „Диагностика и лечение“, „Лекарствени продукти и медицински изделия“ и „Администрация“ докато средствата по „Промоция, превенция и контрол на общественото здраве“ се задължат в същите рамки, като през 2017 са намалени спрямо 2016 с 42 хил. лв.

В изпълнение на чл. 133, ал. 3 от Закона за публичните финанси, Министерството на здравеопазването изготвя и представя отчет за степента на изпълнението на програмния и ориентиран към резултатите бюджет, като идентифицира следните стратегически цели в рамките на основните политики:

• **Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве**

Осигуряване на ефективен здравен контрол и ограничаване на заболяемостта, чрез осъществяване на ПРОМОЦИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ на незаразните болести, профилактика и надзор на заразните болести, намаляване търсенето на наркотици.

• **Политика в областта на диагностиката и лечението**

Осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ и услуги: контрол на медицинските дейности, здравна информация и електронно здравеопазване, осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението, психиатрична помощ, медицинска помощ при спешни състояния, осигуряване на кръв и кръвни продукти, осигуряване на медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, майчино и детско здравеопазване.

• **Политика в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия**

Осигуряване на навременен достъп до лекарствени продукти и медицински изделия, отговарящи на стандартите за качество, безопасност и ефективност.

Таблица 17. Справка за изпълнението на бюджета на Министерство на здравеопазването за 2016 г. и 2017 г. по направления (в хил. лева)

ПОКАЗАТЕЛИ	Отчет към 31 12. 2016 г.	Отчет към 31 12. 2017 г.	Изменение в хил. лева 2017-2016	изменение в % 2017-2016
Разходи	458 319,9	477 446,5	19 126,6	4,2%
Общо разходи	458 319,9	477 446,5	19 126,6	4,2%
Текущи разходи	434 328,4	464 634,7	30 306,3	7,0%
Персонал	193 065,9	206 544,5	13 478,7	7,0%
Издръжка и други текущи разходи	130 665,4	134 686,9	4 021,5	3,1%
в т.ч.				
за изпълнение на Национални програми	3 122,9	5 507,3	2 384,3	76,3%
за централна доставка на лекарствени продукти и медицински изделия	70 626,9	75 137,5	4 510,6	6,4%
Текущи трансфери, обезщетения и помощи за домакинства	23 258,7	23 279,2	20,4	0,1%
в т. ч.				
за лечение на български граждани в чужбина	56,3	321,6	265,3	471,4%
за дейности по асистирана репродукция	12 689,8	13 918,9	1 229,2	9,7%

за лечение на български граждани до 18 годишна възраст	10 499,2	9 004,3	-1 494,9	-14,2%
Субсидии за нефинансови предприятия	85 228,5	98 021,0	12 792,5	15,0%
в т. ч. Субсидии за болнична помощ	84 675,3	97 567,9	12 892,6	15,2%
Субсидии за организации с нестопанска цел	1 931,7	1 235,8	-695,8	-36,0%
Членски внос	178,2	867,2	689,1	386,7%
Капиталови разходи	23 991,5	12 811,8	-11 179,7	-46,6%
в т.ч. Капиталови трансфери	21 024,6	11 610,3	-9 414,3	-44,8%

Със Закона за държавния бюджет на Република България за 2017 г., утвърдените разходи по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2017 г. са в размер на 458 847,7 хил. лв. По уточнен план, утвърдените разходи на МЗ за 2017 г. са в размер на 479 443, 7 хил. лв. През 2017 г. са **разходвани 477 446,5 хил. лева** или 99,58 % от заложените в годишен план. В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение с 19,1 хил. лв. или с 4,2%.

Основните направления, по които са усвоени средствата през 2017 г. са следните:

❖ **разходи за персонал** в размер на 206 544, 5 хил. лв. В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение с 13 478,7 хил. лв. или с 7%, което се дължи основно на увеличение на възнагражденията в Държавните психиатрични болници и Центровете за спешна медицинска помощ.

❖ разходи за ведомствена издръжка на системата в размер на 54 044,5 хил. лв. Голяма част от разходите са отчетени от Центровете за спешна медицинска помощ в размер на 16 804,9 хил. лв., Държавните психиатрични болници в размер на 8 576, 3 хил. лв. и Регионалните здравни инспекции в размер на 7 759, 8 хил. лв.

❖ средства за капиталови разходи 1 201, 5 хил. лв. за инвестиционни проекти на второстепенните разпоредители с бюджет .

❖ **администрирани разходи** по бюджета на Министерство на здравеопазването са в размер на 215 656,0 хил. лв. спрямо 2016 е отчетен ръст с 10 115,8 хил. лв. или с 5% и включват разходи за:

- централни доставки на лекарствени продукти и медицински изделия през 2017 г. са отчетени 75 137, 5 хил. лв. В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение от 4 510,6 хил. лв. или с 6 %, в т.ч.:

- ваксини и тестове в размер на 47 551, 0 хил. лв. със тези средства са осигурени ваксини за извършване на задължителни и целеви имунизации и реимунизации за деца и възрастни. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 3 501,2 хил. лв. или с 7.36 %;

- лекарствени продукти /Наредба 34/2005г./ в размер на 17 388, 3 хил. лв, спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 2 587,7 хил. лв. или с 14,89 %;

- радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори /Наредба 34/2005 г./ в размер на 1 871, 6 хил. лв. В сравнение с 2016 г. са извършени разходи с 370,1 хил. лв. по-малко.;

- медицински изделия по чл.7 и чл.9 от Наредба №26/2007 г. в размер на 232, 6 хил. лв. за 2017 г.;

- медицински изделия, за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки в размер на 8 070, 0 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 319,8 хил. лв. или с 3.96 %;

- Национални програми през 2017 г. са отчетени разходи в размер на 5 507, 3 хил. лв. В сравнение с 2016 г. се отчита ръст от 2 384,3 хил. лв. или увеличение с 43,3 %, което се дължи основно на изпълнение на дейности свързани с Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве. Отчетените разходи по национални програми, са както следва :

- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България в размер на 1 096,5 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 392,4 хил. лв. или с 35.78 %;

- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 годишна възраст в размер на 1 426, 0 хил. лв.;

- Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве в размер на 2 014, 1 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 1 919,7 хил. лв. или с 95.31 %;

- Национална програма НС за интегриране на ромите в размер на 228, 2 хил. лв.

- Национална програма за профилактика и контрол на векторно предавани трансмисивни инфекции в размер на 189, 7 хил. лв.

- Национална програма за готовност за грипна пандемия в размер на 98, 8 хил. лв.

- Национална програма Превенция и контрол на туберкулозата в Република България в размер на 47,4 хил. лв.

- Национална програма Намаляване въздействието на радона в сградите – 117, 9 хил. лв.

- Национална програма Превенция на хронични незаразни болести - 101, 2 хил. лв.

- Национална програма за изпълнение на Плана за действие на Националната стратегия за борба срещу наркотиците в размер на 137, 3 хил. лв.

- Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в размер на 10, 0 хил. лв.

- Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в размер на 29, 1 хил. лв.

- Отчетените разходи по чл.82 ал.1 и 3 от Закона за здравето за организационно и финансово подпомагане на лечение на български граждани в чужбина, за лечение на деца до 18-годишна възраст и за извършване на дейности по асистирана репродукция в лечебни заведения в Р България са в размер на 23 244, 8 хил. лв. Спрямо 2016 г. не се наблюдава изменение в нивото на отчетените разходи. Усвоените средства са, както следва:

- за лечение на български граждани в чужбина в размер на 321, 6 хил. лв.;

- за дейности по асистирана репродукция в размер на 13 918, 9 хил. лв.;

- за лечение на деца до 18 годишна възраст в размер на 9 004, 3 хил. лв.

- отчетените субсидии за държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ за дейности, които по закон са определени като държавна отговорност, както и други дейности, извършвани в болниците, които не са обхванати като финансиране от НЗОК, като общият размер на разходите е 97 567, 9 хил. лв. Спрямо 2016 г. се отчита ръст на увеличение с 12 892,6 хил. лв. или с 15,2 %.

- средствата, отчетени за лечебните заведения за болнична помощ по утвърдената Методика за субсидиране към 31.12.2017 г. са 88 035,5 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 10 039,3 хил. лв. или с 11,4%, което се дължи основно на осигуряване на медицински изделия на интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния и психиатрична помощ.

Дейности, които съгласно действащото законодателство, се субсидират по реда на утвърдената Методика за 2017 г. чрез бюджета на Министерството на здравеопазването са:

- оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение;
- осигуряване на лекарствени продукти при определени състояния на пациентите;
- 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;
- медицински дейности и дейности за отдых, профилактика и рехабилитация за ветерани от войните, военноинвалиди и военнопострадали;
- медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК;
- поддържане на медицински регистри;
- дневни психорехабилитационни програми;
- програми за лечение с метадон;
- осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
- терапевтична афереза;
- бъбречно-заместителна терапия;
- осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на НЗОК.

- разходите за извършена дейност по реда на Закона за трансплантации на органи тъкани и клетки и чл.7 ал.1 от Наредба № 29/2007 г. са в размер на 9 532, 4 хил. лв. Прямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 2 853,3 хил. лв. или с 29,93 %.

- Отчетените субсидии за организации с нестопанска цел в размер на 1 235, 8 хил. лв. са във връзка с изпълнението на Споразуменията между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Министерство на здравеопазването на Република България за предоставяне на безвъзмездна помощ по програми „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” и „Подобряване на устойчивостта на Националната програма по туберкулоза“.

- Средствата за капиталови разходи за инвестиционни проекти на лечебните заведения, отчетени като капиталови трансфери са в размер на 11 610, 3 хил. лв.

- Със средства в размер на 867, 2 хил. лв. са изплатени финансовите ангажименти за членски внос към СЗО, Рамкова конвенция за контрол на тютюна, Здравна мрежа на югоизточна Европа и др.

- През 2017 г. са отчетени средства от ЕС и Други програми и инициативи, по които България е страна-партньор са в размер на 10 189, 5 хил. лв. Прямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 4 070,2 хил. лв. или с 39,94 %.

2.3.2. Финансиране чрез бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. (ДВ бр. 98 от 2016 г.) бюджета на НЗОК е приет с балансирано бюджетно салдо, като за **приходи и трансфери - всичко** и съответно за **разходи и трансфери - всичко** са заложили средства в размер на **3 452 816 хил. лв.**

През годината с решение на Надзорния съвет (НС) на НЗОК средствата са увеличени общо със 119 064,1 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 119 000 хил. лв. на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. и
- увеличение с 64,1 хил. лв. от постъпилите целеви субсидии по чл. 23, ал. 1, т. 9 от ЗЗО, на основание § 3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г.

В резултат на промените годишният план за **приходи и трансфери - всичко** и съответно за **разходи и трансфери - всичко** е в размер на **3 571 880,1 хил. лв.**

Общият размер на **получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко към 31.12.2017 г. възлиза на 3 581 495,3 хил. лв.**, което представлява 100,3% спрямо заложените в годишен план за 2017 г. средства. В сравнение със същия период на 2016 г. се отчита увеличение с 282 886,9 хил. лв. или с 8,6%, което основно се дължи на увеличения размер на здравноосигурителните приходи през 2017 г.

Основните източници на средствата по приходите и трансферите през 2017 г. са в следните:

- **здравноосигурителни приходи** – 3 538 237,1 хил. лв., което представлява 98,8% от получените приходи и трансфери - всичко;

- **неданъчни приходи** – 19 194,1 хил. лв., което представлява 0,5% от получените приходи и трансфери - всичко;

- **получени трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г.** – 24 064,1 хил. лв., представляващи 0,7% от получените приходи и трансфери - всичко.

През 2017 г. са **разходвани 3 571 333,3 хил. лева** или 100,0% от заложените в годишен план средства за разходи и трансфери - всичко. В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение с 274 349,3 хил. лв. или с 8,3%, което се дължи основно на увеличението в отчетените здравноосигурителни плащания.

Основните направления, по които са усвоени средствата през 2017 г. са в следните:

- **разходи за персонал** – 33 962 хил. лв., което представлява 1% от извършените разходи и трансфери – всичко;

- **издръжка на административните дейности** – 9 763,3 хил. лв., което представлява 0,3% от извършените разходи и трансфери – всичко;

- **здравноосигурителни плащания** – 3 497 381,6 хил. лв. (в т.ч. 82 286,8 хил. лв. предоставени трансфери към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК), представляващи 97,7% от извършените разходи и трансфери – всичко.

- **плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г.** – 23 652,4 хил. лв. (в т.ч. 97,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), представляващи 0,7% от извършените разходи и трансфери – всичко.

- **придобиване на нефинансови активи** – 2 520,1 хил. лв. или 0,07% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2017 г.

- **предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от ЗЗО** – 4 054 хил. лв. такса за обслужване събирането на здравноосигурителни вноски, дължими за 2016 г. и 2017 г. до размера на заложените в ЗБНЗОК за 2017 г. средства или 0,1% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2017 г..

В резултат на отчетените към 31.12.2017 г. разходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 571 333,3 хил. лв., спрямо отчетените приходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 581 495,3 хил. лв. се формира положително бюджетно салдо (излишък) в размер на 10 162,1 хил. лева.

2.3.2.1. Здравноосигурителни плащания

Националната здравноосигурителна каса планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори, в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в Закона за бюджета на НЗОК за съответната година.

Извършените през 2017 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 3 497 381,6 хил. лв. (в т.ч. 82 286,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). В сравнение с 2016 г. се отчита увеличение от 274 025,1 хил. лв. или с 8,5%.

Закупената и заплатена от НЗОК медицинска помощ, оказана в полза на здравноосигурените лица, по сключените договори с изпълнителите на медицинска помощ, дентална помощ и аптеки, за видове медицинска помощ от пакета на НЗОК по чл. 45 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), здравноосигурителните плащанията са в следните направления:

- **за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)** – в размер 198 902,6 хил. лв. (в т.ч. 51,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 5,7% от всички здравноосигурителни плащания на НЗОК. През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ПИМП дейност за периода м. декември 2016 г. – м. ноември 2017 г., оказана на регистрираните при тях 5 986 хил. (средномесечен брой) здравноосигурени лица (ЗОЛ). Разходите за ПИМП са се увеличили с 12 024,8 хил. лв. или с 6,4% спрямо изплатените 186 877,8 хил. лв., през предходната 2016 г. Общият ръст на плащанията към изпълнителите на ПИМП се дължи основно на ръста на разходите за диспансерно наблюдение – с 6 211,7 хил. лв. или с 14,9% и на ръста на разходите за профилактичните прегледи на лица над 18 г. – с 4 358,7 хил. лв. или с 18,8%, като следствие от увеличението в отчетените обеми на тези дейности, така и на увеличението от 01.01.2017 г. на техните цени. С промените в сила от 01.01.2017 г. Наредба №2/2016 г. в заплащането на дейностите на ПИМП по диспансерно наблюдение на ЗОЛ се обособяват три групи диспансерни прегледи - на ЗОЛ с едно заболяване, на ЗОЛ с две заболявания, на ЗОЛ с повече от две заболявания; вместо двете групи до 31.12.2016 г. - на ЗОЛ с едно заболяване и на ЗОЛ с повече от едно заболяване.

- **за специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) (СИМП)** – в размер 218 654,2 хил. лв. (в т.ч. 619,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 6,3% от всички здравноосигурителни плащания. През 2017 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на СИМП дейност за периода м. декември 2016 г. – м. ноември 2017 г. – общо 20 062,5 хил. специализирани дейности. Разходите за СИМП са се увеличили с 13 143,9 хил. лв. или с 6,4% спрямо изплатените 205 510,2 хил. лв. през предходната 2016 г. През 2017 г. са заплатени 1 356 хил. дейности или с 7,2% повече от заплатените през 2016 г. дейности. В структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на СИМП – 165 079,3 хил. лв. или 75,5% се формират от специализираните прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния (през 2016 г. дялът е бил 76,8%); увеличава се дялът на физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) – 7,5% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 6,4% през 2016 г. и на експертизната дейност – 3,3% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 2,8% през 2016 г.; намалява дялът на високоспециализираните дейности – 7,2% от плащанията за СИМП през 2017 г. спрямо 7,5% през 2016 г. и прегледите по повод диспансерно наблюдение – 4,0% от плащанията за СИМП през 2017 г., спрямо 4,1% през 2016 г.

- **за дентална помощ (ДП)** – в размер 159 857,8 хил. лв. или 4,6% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства е изплатена дейност за периода м. ноември 2016 г. – м. ноември 2017 г. От тях 14 445 хил. лв. са за заплащане на дейност м. ноември 2016 г., отложено за извършване през м.януари 2017 г. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст с 42 010,7 хил. лв. (вкл. 14 445 хил. лв.) или с 35,6%. За съпоставими 12-месечни периоди (м. декември 2016 г. – м. ноември 2017 г. спрямо м. декември 2015 г. – м. ноември 2016 г.) се отчита ръст на разходите с 13 120,6 хил. лв. или с 9,9%. Основно ръстът се дължи на увеличаване от м.септември 2016 г. на заплащания брой дентални дейности за ЗОЛ над 18 г. възраст – до 3 дейности спрямо заплащаните до 31.08.2016 г. - до 2 дейности.

- **за медико-диагностична дейност (МДД)** – в размер 79 421,8 хил. лв. (в т.ч. 571,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 2,3% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства е изплатена отчетената от изпълнителите на МДД дейност за периода м. декември 2016 г. – м. ноември 2017 г. 21 223,9 хил. медико-диагностични изследвания, което е с 891,8 хил. изследвания или с 4,4% повече от заплатените през 2016 г. дейности на изпълнителите на МДД за периода м. декември 2015 г. – м. ноември 2016 г. Разходите за МДД са се увеличили с 5 006,3 хил. лв. или с 6,7%. спрямо изплатените 74 415 хил. лв. през предходната 2016 г. В структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на МДД разпределението по специалности на изследванията се запазва спрямо 2016 г.– 41 993,9 хил. лв. или 52,9% се формират от изследвания от специалност Клинична лаборатория; 29 480,1 хил. лв. или 37,1% се формират от изследвания от специалност Образна диагностика; изследванията от останалите специалности формират 10% от плащанията или 7 947,7 хил. лв. С НРД за медицинските дейности за 2017 г. от 01.04.2017 г. са увеличени цените на медико-диагностични изследвания: Химично изследване на урина с течни реактиви (рН, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв); LDL – холестерол; Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST; Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG).

- **за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение** на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – общ разход от 985 825,7 хил. лв., както следва:

- за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната – в размер 697 686,3 хил. лв. или 19,9% от всички здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита ръст с 82 242,6 хил. лв. или с 13,4%.

През 2017 г. са заплатени общо 829 408,5 хил. лв. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, предоставени от аптеките на ЗОЛ, включващи 795 235,5 хил. лв. за предоставени в периода 16.11.2016 г. - 31.10.2017 г. продукти, 89% от предоставените в периода 01-15.11.2016 г., подлежащи на плащане през 2016 г., но отложени за заплащане през 2017 г. на стойност 28 919 хил. лв. и 14% от предоставените в периода 01-15.11.2017 г. на стойност 5 254,0 хил. лв. или са заплатени 24,03 отчетни 15-дневни периода. Останалите 31 708,2 хил. лв. от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01-15.11.2017 г. са отложени за заплащане през 2018 г.

Съгласно чл. 45, ал. 10 от ЗЗО, за лекарствени продукти (ЛП), за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват ЛП на други притежатели на разрешение за употреба (ПРУ), както и за тези с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС, по чл. 262, ал. 6, т. 1 от ЗЛПХМ (Приложение 1 на ПЛС- предоставяни от аптеки), НЗОК и ПРУ ежегодно провеждат задължително централизирано договаряне на отстъпки при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г.

Съгласно § 17 от ПЗР на Наредба 10 от 2009 г., НЗОК спира да заплаща за ЛП по чл. 45, ал. 10 от ЗЗО, за които не са договорени отстъпки.

Постъпилите през 2017 г. отстъпки за ЛП по чл.45, ал.10 от ЗЗО, по реда на чл.21, ал.1, т.1 от Наредба №10 от 2009, съгласно сключените договори с ПРУ, са в размер на 131 722,2 хил. лв., което е със 72 177 хил. лв. или със 121,2% повече спрямо 2016 г. Съгласно §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. постъпилите отстъпки са отчетени в намаление на извършените от НЗОК здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти,

медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната.

През периодите, подлежащи на заплащане през 2017 г. (16.11.2016 г. – 15.11.2017 г.) аптеките са предоставяли лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, на 1 530,8 хил. ЗОЛ, което е с 4 хил. ЗОЛ или с 0,3% по-малко обхванати лица спрямо съпоставимите периоди (16.11.2015 г. – 15.11.2016 г.), подлежащи на заплащане през 2016 г.

Основната част (90,7%) от разхода за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение за периодите, подлежащи за плащане през 2017 г., е по седем анатоמו-терапевтични групи: група L – “Антинеопластични и имуномодулиращи средства” (за лечение на артрит, множествена склероза, онкологични заболявания и хепатит) – 157 371,2 хил. лв. или 18,9%; група А – “Храносмилателна система и метаболизъм” (основно за лечение на захарен диабет) – 145 312,1 хил. лв. или 17,4%; група J – „Антиинфекциозни средства за системно приложение“ (за лечение на хронични вирусни хепатити, фиброза и цироза на черния дроб) – 127 404,1 хил. лв. или 15,3%; група R – „Дихателна система” (основно за лечение на астма и хронична обструктивна белодробна болест) – 91 563,7 хил. лв. или 11,0%; група С – “Сърдечно-съдова система” (основно за лечение на хипертонии) – 81 962,9 хил. лв. или 9,8%; група В – „Кръв и кръвообразуващи органи“ – 77 673,3 хил. лв. или 9,3% и група N – „Нервна система” – 74 472,3 хил. лв. или 8,9%. През 2017 г. тези продукти формират основния дял от разхода (89,8%).

- за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – в размер 288 139,4 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 8,2% от всички здравноосигурителни плащания.

Извършените от НЗОК през 2017 г. здравноосигурителни плащания по договори с изпълнители на болнична медицинска помощ (БМП), за приложени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, са в размер на 327 690,8 хил. лв. (в т.ч. 6 631,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Спрямо извършените към 31.12.2016 г. плащания се отчита ръст с 37 956,3 хил. лв. или с 13,1%.

С тези средства са заплатени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги продукти, приложени от изпълнителите на БМП при клинични пътеки (КП) или амбулаторни процедури (АПр), оказани на 32 681 ЗОЛ в периода м. декември 2016 г. – м. октомври 2017 г. (или 11 месеца на прилагане), съгласно договореното с НРД за медицинските дейности за 2017 г. удължаване на сроковете за заплащане на приложените ЛП в БМП – до края на втория месец, следващ отчетния. През съпоставимия период м. декември 2015 г. – м. октомври 2016 г., заплатен през 2016 г., лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания са приложени от изпълнителите на БМП на 31 680 ЗОЛ, което представлява увеличение за 2017 г. с хиляда пациента или с 3,2%.

Запазва се тенденцията на разширяване на предлагането за ЗОЛ на лекарствена терапия при злокачествени заболявания по сключени договори за болнична медицинска помощ с НЗОК. През 2016 г. 40 лечебни заведения в 16 области са оказвали лекарствена терапия при злокачествени заболявания по сключени договори за болнична медицинска помощ с НЗОК. През 2017 г. по договор с НЗОК работят 41 лечебни заведения в 16 области.

Съгласно чл. 45, ал. 19 от ЗЗО, за ЛП, за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват ЛП на други ПРУ, както и за тези с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС, по чл. 262, ал. 6, т. 2 от ЗЛПХМ (Приложение 2 на ПЛС- за лечение на

онкологични заболявания в БМП), НЗОК и ПРУ ежегодно провеждат задължително централизирано договаряне на отстъпки при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г.

Съгласно § 17 от ПЗР на Наредба 10 от 2009 г., НЗОК спира да заплаща за ЛП по чл. 45, ал. 19 от ЗЗО, за които не са договорени отстъпки.

Постъпилите през 2017 г. отстъпки за ЛП по чл.45, ал.19 от ЗЗО, по реда на чл.21, ал.1, т.1 от Наредба №10 от 2009, съгласно сключените договори с ПРУ, са в размер на 39 551,4 хил. лв., което е с 13 171,8 хил. лв. или със 49,9% повече спрямо 2016 г. Съгласно §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. постъпилите отстъпки са отчетени в намаление на извършените от НЗОК здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП.

- **за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ (МИ)** – в размер 98 145,1 хил. лв. (в т.ч. 3 474,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 2,8% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства са заплатени МИ, приложени по дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури, заплатени в рамките на месечните стойности по приложение №2 от индивидуалните договори на изпълнителите на БМП, по реда на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2017 г., за периода декември 2016 г. – октомври 2017 г. Съгласно чл. 359, ал. 2 от НРД 2017 г. плащанията за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния, с което плащането за дейността през месец ноември 2017 г. се прехвърли за сметка на ЗБНЗОК за 2018 г. През 2017 г. се отчита ръст на разходите със 17 919,5 хил. лв. или с 22,3% и увеличение с 10 975 МИ или с 18,3% спрямо заплатените през 2016 г. 59 853 МИ.

- **за болнична медицинска помощ (БМП)** – в размер 1 695 550,4 хил. лв. (в т.ч. 70 816,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 48,5% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства е изплатена дейността по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури, предоставена по реда на индивидуалните договори на изпълнителите на БМП и реда на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2017 г., през периода м. декември 2016 г. – м. ноември 2017 г. Разходите са се увеличили с 81 994,8 хил. лв. или с 5,1% спрямо изплатените 1 613 555,6 хил. лв. през предходната 2016 г. за периода м. декември 2015 г. – м. ноември 2016 г. През 2017 г. на изпълнителите на БМП са заплатени общо 3 253,2 хил. дейности, което е със 153,8 хил. дейности или с 5,0% повече от заплатените през 2016 г.

Основните фактори, които влияят в процеса на нарастване на здравноосигурителните плащания на НЗОК за БМП са:

- продължаващата тенденция на застаряване на ЗОЛ и свързаната с това по-висока необходимост от медицинска помощ. От друга страна по-ниските доходи на лицата в тази възрастова група водят до негативната тенденция свързана с незакупуване и неприлагане на предписаното извънболнично лечение на заболяванията, в следствие на което нараства потребността от болнично лечение;

- продължаващата тенденция на разширяване предлагането на болнична помощ за ЗОЛ – разкриване и лицензиране, както на нови лечебни заведения, така и на нови структури, капацитет и технологии в съществуващите лечебни заведения.

- въвеждането в алгоритъма на дейностите, заплащани от НЗОК, на новите високотехнологични и високоспециализирани методи и терапии, които предвид изискваните ресурси се заплащат на по-високи цени от НЗОК. Освен това във връзка с по-добрата си медицинска ефективност те са предпочитани за прилагане, както от пациентите, така и медицинските специалисти, което води до бързо увеличаване на отчетаните обеми.

- предвид организацията здравноосигурителните плащания на НЗОК за основния пакет здравни дейности, със средствата за направление болнична помощ се заплащат и дейностите които не предполагат болнично лечение, като например АПр, осъществявани

по договори както с лечебни заведения за болнична помощ, така и за извънболнична помощ. Заплащането за АПр в размер от 175 087,0 хил. лв., формира около 10,3% от здравноосигурителните плащания за БМП през 2017 г.

• **за други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ**, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност – в размер 61 024,2 хил. лв. (в т.ч. 122 хил. лв трансфер за ведомствени болници) или 1,7% от всички здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2016 г. разход се отчита ръст с 21 277,7 хил. лв. или с 53,5%. Плащания по постъпили искове от други държави за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗОЛ, осигурени в НЗОК, на стойност 57 268,4 хил. лв., което представлява 25% от неприключената левова равностойност към 01.01.2017 г. по постъпилите искове от други държави.

През всяка от годините от приемането на България в ЕС годишните суми на платените задължения по исковете на другите държави са по-ниски от стойността на постъпилите през годината искове, което се дължи на недостатъчни бюджетни средства в периода на календарната година и е причина за непрестанно нарастване на стойността на задълженията към другите държави. Тези темпове на нарастване на задълженията на Република България по правилата за координация на системите за социална сигурност значително надвишават финансовите възможности на НЗОК, като към 31.12.2017 г. общата стойност на неприключените искове от другите държави възлиза на 259 111,3 хил. лв.

2.3.2.2. Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2017 г.

Министерството на здравеопазването ежесечно предоставя трансфер към бюджета на НЗОК за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ; за дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение; дейности по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ и за сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО. Трансферът е в размер на поетото през месеца от НЗОК задължение към лечебните заведения за извършените от тях дейности, съответно към притежателите на разрешения за търговия на едро с лекарствени продукти за доставените и приложени ваксини.

Извършените от НЗОК през 2017 г. плащания от трансфери от МЗ са в размер на 23 652,4 хил. лв. (вкл. 97,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) Спрямо извършените през 2016 г. плащания се отчита намаление със 710,5 хил. лв. или с 2,9%. По направления плащанията от трансфери от МЗ към 31.12.2017 г. е както следва:

- **Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ** са изплатени 2 000,3 хил. лв. (в т.ч. 48 лв. трансфер за ведомствени болници)

- **дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение** са изплатени 1 735,3 хил. лв. (в т.ч. 74,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници)

- **Дейности за здравнонеосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ** са изплатени 4 009,1 хил. лв.

- **Плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО** – са изплатени 15 907,7 хил. лв. (в т.ч. 23,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Заклучение:

1. Със средствата по Закона за бюджета на НЗОК през 2017 г., НЗОК защитава правата на здравноосигурените лица, като им гарантира свободен достъп до медицинска помощ във определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности.

2. Първичната извънболнична медицинска помощ е медицинската услуга, която е най-достъпна и най-широко използвана сред населението. С нея е предвидено да се гарантира профилактика на населението за предотвратяване на заболявания и навременното оказване на първична медицинска помощ в случай на заболяване.

3. С регулацията на специализираните медицински дейности в извънболничната медицинска помощ през 2017 г., съгласно чл.3 от ЗБНЗОК 2017 г. са обезпечени дейностите по профилактиката и диспансерното наблюдение, за групите от населението, които се нуждаят от специални грижи. С всяка изминала година броят на лицата включвани в регистъра на диспансерно болните нараства спрямо предходната година и спрямо предходното тримесечие, което води до нарастване със същият темп и на средствата обезпечаващи този вид дейност.

4. Разширяването на обхвата на прилаганата лекарствена терапия; увеличаването на броя на болните с едно и повече заболявания, за чието домашно лечение НЗОК заплаща, пряко свързано с тенденциите на застаряване на населението и нарастване на дела на ЗОЛ над 65 години; увеличаването на броят на болните с редки заболявания, обърнали се към системата, в резултат на научния прогрес и увеличените възможности на диагностиката, налагането в медицинската практика на терапевтични подходи, включващи използването на иновативни лекарствени продукти за прицелна терапия, които дават по-добър терапевтичен отговор и оказват влияние върху продължителността и качеството на живот на пациентите, резултира пряко в значителен ръст на разходите за лекарствени продукти и медицински изделия.

5. Тенденцията на застаряване на населението като цяло и особено осигурените лица води до по-висока необходимост от медицинска помощ. От друга страна по-ниските доходи на лицата в тази възрастова група водят до негативната тенденция свързана с незакупуване и неприлагане на предписаното извънболнично лечение на заболяванията, в следствие на което нараства потребността от болнично лечение;

6. Въвеждането в алгоритъма на дейностите, заплащани от НЗОК, на новите високотехнологични и високоспециализирани методи и терапии, които с по-добрата си медицинска ефективност са предпочитани за прилагане, както от пациентите, така и медицинските специалисти, води до бързо увеличаване на отчитаните обеми от тези дейности. Предвид изискваните ресурси тези дейности се заплащат на по-високи цени от НЗОК, което допълнително увеличава финансовата тежест върху системата.

7. Съгласно ЗЗО и вписванията на Република България в европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност и съответните двустранни спогодби, НЗОК следва да гарантира с бюджета си здравноосигурителните права на осигурените в НЗОК лица, при техния престой или пребиваване на територията на другите държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония, Сърбия и Черна гора, както и на осигурените в тези държави граждани при техния престой или пребиваване на територията на Република България. Нарастване на задълженията на Република България по правилата за координация на системите за социална сигурност значително надвишават финансовите възможности на НЗОК, като към 31.12.2017 г. общата стойност на неприключените искиове от другите държави възлиза на 259 111,3 хил. лв.

2.4. Човешки ресурси

В лечебните и здравни заведения от системата на здравеопазване към 31.12.2017 г. на основен трудов договор работят 125 938 души .

Броят на практикуващите на основен трудов договор лекари е 30 078, което е увеличение с 1.8% спрямо предходната 2016 г., когато техният брой е бил 29 539 лекари. Осигуреността с лекари през 2017 г. се увеличава – на 42.7 на 10 000 души от 41.6% през 2016 г. и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 35.1 на 10 000)

Лекарите по дентална медицина са 8 355, спрямо 8 011 за 2016 г.

Броят на специалистите по здравни грижи е 46 702. От тях 30 955 са медицински сестри, които намаляват спрямо 2016 г., когато техният брой е бил 30 976. (приложения - таблица 6).

Продължава да се увеличава броят на работещия на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения друг персонал с немедицинско образование - от 40 115 през 2016 г. на 40 359 души през 2017 г.

И през 2017 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 59.7 на 10 000 души в Плевен, 51.4‰ в Пловдив, 51.0‰ за София-столица и 49.8‰ във Варна до 27.2‰ в област Добрич, 27.3 в област Перник и 28.1‰ в област Разград. (Приложения – таблица 7.)

От всички работещи в страната 30 078 лекари през 2017 г., 6 760 (22.5%) работят в лечебните заведения в София-столица. Над половината от работещите лекари в страната (55.6%) са концентрирани в 6 области - София-столица, Пловдив (11.4%), Варна (7.8%), Плевен (4.9%), Стара Загора (4.6%) и Бургас (4.4%).

Към 31.12.2017 г. броят на общопрактикуващите лекари в първичната извънболнична помощ - 4 531 или 15.1% от всички практикуващи лекари в страната.

В структурата на лекарите-специалисти по специалности най-голям е дялът на практикуващите по специалностите Анестезиология и интензивно лечение – 1 605 (5.3%) и Хирургия - 1 495 (5.0%). След тях са лекарите-специалисти по Педиатрия - 1475 (4.9%), Акушерство и гинекология - 1 447 (4.8%), Кардиология – 1 411 (4.7%), Нервни болести - 1 176 (3.9%), Вътрешни болести - 977 (3.2%) и Образна диагностика – 920 (3.1%).

Осигуреността с лекари по дентална медицина също нараства през 2017 г. на 11.9 на 10 000 души, при показател за ЕС – 6.8‰, като варирането на показателя е от 18.4‰ в Пловдив и 16.8‰ в София-столица до 6.0‰ за област Търговище и 7.0‰ за област Силистра.

Показателят за брой население на 1 лекар в България намалява до 234 души, а на 1 лекар по дентална медицина до 844 души.

През 2017 г. известно увеличение се наблюдава и при осигуреността със специалисти по здравни грижи, която от 66,1 за 2016 г. достига 66.2 на 10 000 души през 2017 г.

Регионалните здравни инспекции като териториален орган на Министерство на здравеопазването на територията на съответната област има основна роля по изпълнение и провеждане на държавната политика за защита здравето на гражданите, като изпълнява изключително разностранни и с голям обем задължения и правомощия по контрола на обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките, дейностите със значение за здравето на човека, факторите на жизнената среда, надзор на заразните болести, защита на лицата от въздействието на йонизиращи и нейонизиращи лъчения.

От 2016 г. общата численост на инспекциите е определена на 2488 щатни длъжности.

Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната е в крайно тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти. За справка, през 2016 г. в дирекциите и отдели по надзор на заразните болести в РЗИ броят на работещия персонал е с 18 % под необходимия брой, със средна възраст на лекарите между 46-68 г. като в повечето от РЗИ има по 1 лекар епидемиолог. Един лекар епидемиолог работи и в Националния център по заразни и паразитни болести, определен за национална компетентна структура по надзора на заразните болести към Европейския център за превенция и контрол на заболяванията – Стокхолм.

Подобна, а на места и по-тежка е ситуацията с дирекция „Обществено здраве“, където, в някои РЗИ в отделите „Държавен здравен контрол“ няма нито един лекар, а поради липса на желание на млади специалисти да започнат работа в РЗИ- инспектори по „Обществено здраве“, инженери и др. се назначават служители с друга квалификация, неподходяща за дейността на дирекцията.

Тенденциите до момента, свързани с намаляване на средствата на бюджетните програми и по-специално фонд „Работна заплата“ водят до непрекъснатото намаляване на числеността на РЗИ, което значително затруднява изпълнението на задачите. Изключително ниското ниво на заплатите в сравнение с всички останали структури в системата на здравеопазването и други сектори, води до масов отлив на висококвалифицирани кадри, като магистри по медицина, здравни инспектори и лаборанти и др., като в същото време средната възраст на работещите в системата магистри по медицина е около 55 години.

След последното повишаване на минималната работна заплата в страната се стигна до абсурдни ситуации при които почти се заличи разликата между различните категории работещи по служебни и трудови правоотношения, притежаващи както различни образователни нива, така и извършващи дейности с различно ниво на компетентност и отговорност.

Недостигът на специалисти в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, касаещи както превенцията на човешкото здраве и благополучие в частност, така и здравната сигурност на страната.

Всичко това, на фона на непрекъснато увеличаващ се брой обекти, подлежащи на контрол, завишени изисквания към квалификация и стаж, невъзможност (поради законова забрана) за упражняване на допълнителна работа, създава сериозни кадрови проблеми в инспекциите – почти не се намират специалисти, които да постъпят на работа в РЗИ, трудно се задържат и мотивират работещите там. Липсата на квалифицирани кадри, на съвременен лабораторно оборудване и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на служебните задължения и на поетите ангажименти от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.

Квалификация, продължаващо обучение и миграция на медицинските специалисти

Общите за всички държави-членки предизвикателства, пред които е изправена работната сила в здравния сектор на ЕС, включително и в нашата страна, са: демографското измерение – застаряващо население в страната и застаряваща работна сила в здравния сектор, от което следва недостиг на попълнения от млади хора в системата, които да заместят напускащите; недостатъчната привлекателност за младите поколения на някои професии в сектора на здравеопазването и общественото здраве – най-вече тези от професионално направление „Здравни грижи“; миграцията на медицинските специалисти в рамките на страната от по-малките към по-големите населени места, както и нееднаквата мобилност в рамките на ЕС – придвижването на здравни специалисти от по-бедните към по-богатите страни в ЕС. Това налага предприемането на подходящи стъпки за подготвяне и задържане на достатъчен брой собствени медицински специалисти, което е предизвикателство, общо за всички страни, дори и за икономически добре развитите.

Обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в девет висши училища. Продължителността и съдържанието на обучението са синхронизирани с общностното право. През последните години е налице трайна тенденция да се утвърждават повече места за студенти по „медицина“, отколкото за студенти по специалност „медицинска сестра“. Прието е обаче, че за оптималното функциониране на здравната система е необходимо съотношението медицински сестри: лекари да е поне 2:1.

С цел избягване на отрицателните последици от неблагоприятното съотношение между медицинските специалисти, Министерството на здравеопазването ежегодно предлага на Министерския съвет при утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България да се увеличи максимално броят на студентите по специалност „медицинска сестра” в рамките на капацитета на висшите училища, определен от Националната агенция за оценяване и акредитация. Със съвместните усилия на Министерството на здравеопазването и Министерството на образованието и науката броят на студентите по специалност „медицинска сестра“ за учебната 2017/2018г. е увеличен със 116.

Една от най-важните мерки за задържане на младите лекари и други медицински специалисти в страната е възможността за професионално развитие. По тази причина приоритетна цел, по която Министерството на здравеопазването работи активно, е създаването на привлекателни условия за придобиване на специалност. През 2017 г. редът и условията за специализация се регламентират от Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 7 от 2015 г., с посл. доп., бр. 88 от 2016 г.), с която е осъществена концептуална промяна в реда и условията за специализация – значително се облекчава достъпът и се подобряват условията за специализация. Обучението по клинични специалности се осъществява въз основа на трудов договор, което гарантира в най-пълна степен правата и задълженията на специализанта, включително получаване на адекватно трудово възнаграждение.

През 2017 г. общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. е 3 612 (от които 3100 са започнали обучението си по Наредба № 1 от 2015 г., а 509 са прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването). Специализантите, започнали обучението си през 2017 г. са 1 070.

Според проведени от Асоциацията за развитие на медицинската общност проучвания сред млади лекари и студенти по медицина се отчита значително увеличаване на доверието към новата система на специализации, както и спад в желанието за емиграция с около 30% спрямо предходно действащата наредба (отменената Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването). Успехът на Наредба № 1 се потвърждава и от факта, че повече от 70% от завършилите през последните 3 години лекари – български граждани вече са специализанти по реда на тази наредба. Това показва, че Наредба № 1 от 2015 г. е една успешна стъпка към задържането на младите лекари и останалите медицински специалисти в страната.

За 2017 г. по реда на Наредба № 1 от 2015 г. министърът на здравеопазването е утвърдил 566 места за специализанти, за които държавата ще финансира таксата за обучение, а до държавен изпит за специалност са допуснати общо 1 019 кандидата (349 на майска и 670 на декемврийска сесия).

През 2017 г. се изпълнява проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването”, по който Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент и който се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г., съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд. Проектът дава възможност на лица, започнали обучението си за придобиване на специалност – лекари специализанти по медицина и лекари специализанти по дентална медицина, да продължат и завършат обучението си. Проектът допълва мерките за подкрепа на лица, започнали специализацията си, реализирани по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" 2007-2013 г. чрез проект BG051PO001 – 6.2.18-0001 „Нови възможности за лекарите в България”.

Министерството на здравеопазването издава удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България. Броят на тези удостоверения е мярка по-скоро за потенциалната емиграция на медицинските специалисти, тъй като издаването на удостоверение не е еквивалентно на

заминаване в друга държава с цел дълготрайно установяване там. Част от издаваните удостоверения са необходими за признаване на професионалната квалификация в друга държава с цел обучение или краткосрочна работа, след което медицинският специалист се завръща в България. Част от медицинските специалисти желаят издаване на удостоверение без да имат конкретна възможност да започнат работа в чужбина.

През 2017 г. са издадени общо 850 удостоверения, необходими за работа в чужбина на лица (български граждани и чужденци), придобили професионална квалификация по медицинска професия в България.

През последните 10 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани (Фиг. 19). Намалението е близо три пъти – от 655 през 2008 г. до 222 за 2017 г. Особено интензивно е намалението в броя на издаваните удостоверения в периода 2014-2017 г., когато броят им намалява близо 2 пъти. Една от основните причини за това както според Министерството на здравеопазването, така и според Асоциацията за развитие на медицинската общност, е промяната в системата за специализация, реализирана чрез Наредба № 1 от 2015 г., насочена към преодоляване на редица отчетени проблеми.

Фигура 19. Издадени удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани



Източник: Министерство на здравеопазването

За последните 10 години е налице тенденция за намаляване броя и на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина (Фиг. 20). През 2017 г. са издадени само 121 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на медицински сестри, завършили в България.

Фигура 20. Издадени удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина



Източник: Министерство на здравеопазването

Министърът на здравеопазването е компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии. През 2017 г. са издадени 115 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването.

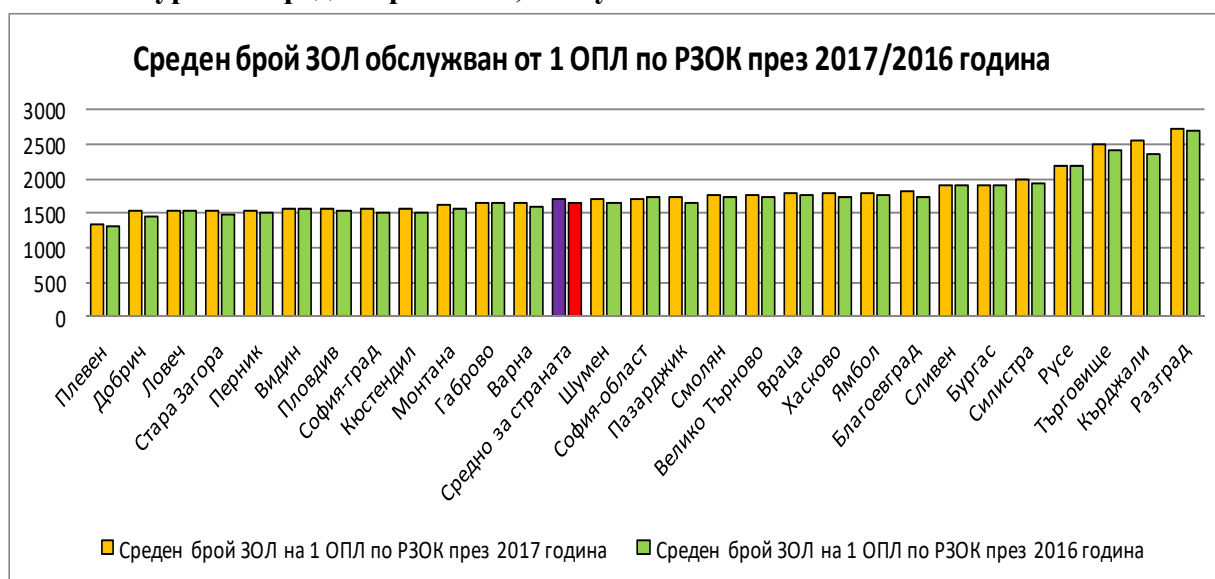
2.5. Лечебни заведения

2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ

Осигуреността с ОПЛ през 2017 г. средно за страната е един лекар на 1 692 здравноосигурени лица, като за същия период на миналата година един ОПЛ е обслужвал 1 649 ЗОЛ.

Най-висока е осигуреността в РЗОК-Плевен (един ОПЛ на 1 332 ЗОЛ-2017 г./един ОПЛ на 1 315 ЗОЛ-2016 г.), РЗОК-Добрич (един ОПЛ на 1 523 ЗОЛ-2017 г./един ОПЛ на 1 457 ЗОЛ-2016 г.) и РЗОК-Ловеч (един ОПЛ на 1 528 ЗОЛ-2017 г./един ОПЛ на 1 533 ЗОЛ-2016 г.). Остава най-ниска осигуреността в РЗОК - Разград (един ОПЛ на 2 716 ЗОЛ-2017 г./един ОПЛ на 2 682 ЗОЛ-2016 г.) и РЗОК - Кърджали (един ОПЛ на 2 547 ЗОЛ-2017 г./един ОПЛ на 2 348 ЗОЛ-2016 г.), където един ОПЛ обслужва най-голям брой ЗОЛ (Фиг. 21).

Фигура 21. Среден брой ЗОЛ, обслужван от 1 ОПЛ по РЗОК 2017/2016 г.



Профилактика, осъществявана от ОПЛ Средно за страната през 2017 г. отчетеният брой профилактични прегледи на лица от 0 до 1 година е 9,94 прегледа на 1 ЗОЛ, като се запазва на нивото от 2016 г. – 9,98 прегледа.

В 11 РЗОК стойността на показателя е над средното за страната. **Най-високи стойности отбелязва показателят и през двата наблюдавани периода в РЗОК-Смолян (2017 г.-11,12; 2016 г.-11,06), РЗОК-София-област (2017 г.-11,02; 2016 г.-10,99) и РЗОК-Пловдив (2017 г.-10,89; 2016 г.-10,88).** В останалите 17 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната и варира в диапазона между 6,28 - 9,94 прегледа през 2017 г. и 6,20 - 9,77 прегледа през 2016 г. Най-малък брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 1-годишна възраст отчитат в РЗОК-Габрово (2017 г.-6,68; 2016 г.-7,03) и РЗОК-Видин (2017 г.-6,28; 2016 г.-6,20).

Програма „Детско здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ

По програма „Детско здравеопазване“ при ЗОЛ от 1 до 2 години, средният брой на отчетените профилактични прегледи се запазва през 2017 г. - 3,05 прегледа, при 3,04 прегледа за 2016 г. В 13 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната, като най-голям е броят в РЗОК - Пазарджик (2017 г.-3,45 2016 г.-3,32), РЗОК София-област (2017 г.-3,43; 2016 г.-3,42) и РЗОК- Пловдив (2017 г.-3,34; 2016 г.-3,36), но е в рамките на договорения брой по програмата, т.е. 4 прегледа. В 15 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната.

С най-ниска обращаемост са областите с най-малко отчетени прегледи средно на едно ЗОЛ от 1 до 2 години - РЗОК-Видин (2017 г.-2,01; 2016 г.-2,07) и РЗОК-Габрово (2017 г.-2,01; 2016 г.-2,01).

През дванадесетте месеца на 2017 г. се запазва тенденцията от 2016 г. да се отчитат средно за страната **1,51 профилактични прегледи на ЗОЛ от 2 до 7 години.** В 14 РЗОК броят на прегледите на 1 ЗОЛ е над средната стойност на показателя за страната, като най-високи стойности отчитат РЗОК София-област (2017 г.-1,69; 2016 г.-1,67), РЗОК-Ямбол (2017 г.-1,68; 2016 г.-1,72) и РЗОК-Перник (2017 г.-1,68; 2016 г.-1,68). В останалите РЗОК, броят на отчетените профилактични прегледи за тази възрастова група е под средния показател за страната.

Средният брой на отчетените профилактични прегледи на лицата от 7 до 18 години е 0,83 прегледа на едно ЗОЛ и през двете години, при изискуем по програмата един преглед годишно. В 15 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над средната стойност на показателя за страната и е в рамките на предвиденото по програмата. С най-високи стойности е показателят в РЗОК-Перник (2017 г.-0,89; 2016 г.-0,89), РЗОК-Кюстендил (2017 г.-0,89 и 2016 г.-0,90) и РЗОК София-област (2017 г.-0,88 и 2016 г.-0,89). В останалите 13 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средната стойност на показателя за страната. Най-ниски стойности на показателя са отчетени в РЗОК-Габрово (2017 г.-0,72; 2016 г.-0,74), РЗОК-Кърджали (2017 г.-0,72 и 2016 г.-0,73) и РЗОК-Шумен (2017 г.-0,70; 2016 г.-0,73).

Дейностите по профилактиката по програма „Детско здравеопазване“ извършени от ОПЛ по РЗОК са близки до средната стойност на показателя за страната и са в съответствие с договорените в НРД 2017 за МД и с действащите нормативни актове.

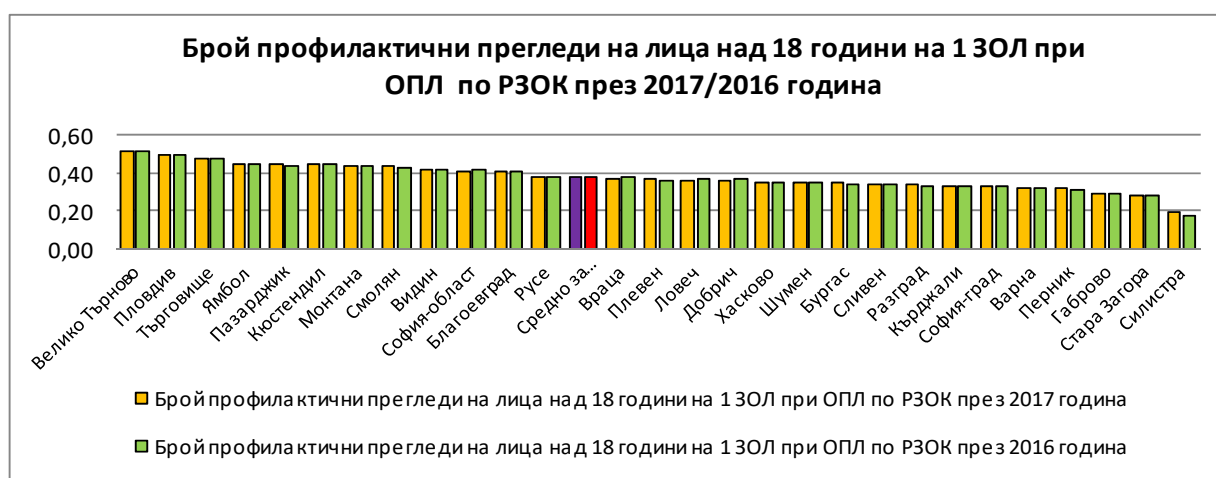
Профилактика на ЗОЛ над 18 години, осъществявана от ОПЛ

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2017 г. при лицата над 18 години е 0,38 прегледа на едно ЗОЛ, а през 2016 г. е 0,37 прегледа при предвиден един преглед годишно.

В 12 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ над 18 години е над средната стойност на показателя за страната - **най-голяма е обращаемостта в РЗОК- Велико Търново (2017 г.-0,51; 2016 г.-0,51)**, РЗОК-Пловдив (2017 г.-0,50; 2016 г.-0,49) и РЗОК-Търговище (2017 г.-0,47; 2016 г.-0,47). В останалите 16 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ над 18 години е под средната стойност на показателя за страната. **Най-ниски са стойностите в РЗОК Стара Загора (2017 г.-0,28 и 2016 г.-0,28)** и РЗОК Габрово (2017 г.-0,29 и 2016 г.-0,29), като правят впечатление много ниските стойности в РЗОК Силистра (2017 г.-0,19; 2016 г.-0,18).

Може да се направи извод, че при предвиден един преглед годишно, през 2017 годината по малко от половината ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед, т.е. здравноосигурените лица над 18-годишна възраст не оценяват достатъчно ролята на профилактиката (Фиг. 22).

Фигура 22. Брой профилактични прегледи на лица над 18 г.



С цел профилактика на социално-значими заболявания при ЗОЛ над 18 години ОПЛ формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване като отразява резултатите в „Карта за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване“.

През 2017 г. за 91% от ЗОЛ, на които е извършен профилактичен преглед има и карта за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване (2 115 596 бр. карти).

При формирането групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване е установено от ОПЛ, че 570 350 ЗОЛ над 18 години са с риск от развитие на сърдечно-съдови заболявания, като с висок риск по SCORE - 16 327 лица и с много висок риск по SCORE - 1 661 лица.

При оценка на рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2, 110 224 лица с умерен риск по FINDRISK, 42 512 лица с висок риск и 2 629 лица с много висок риск за развитие на захарен диабет тип 2.

В резултат на извършените профилактични прегледи през 2017 г. са формирани и групи от лица с риск за развитие на:

- злокачествено новообразувание на шийката на матката – 11 202 бр. лица;
- злокачествено новообразувание на млечната жлеза – 38 422 бр. лица;
- злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област – 16 850 бр. лица;
- злокачествено новообразувание на простатата – 513 бр. лица,
- както и групи лица с:
- рисков фактор затлъстяване – при 359 061 бр. лица;
- рисков фактор тютюнопушене – при 144 165 бр. лица.

Програма „Майчино здравеопазване“ за ЗОЛ с нормална бременност, изпълнявана от ОПЛ

При профилактика на бременни жени с нормална бременност през 2017 г. от ОПЛ са извършени 4 600 прегледа на 2 175 бременна по програма „Майчино здравеопазване“ .

По програма „Майчино здравеопазване“ продължава тенденцията към намаление на бременните, наблюдавани от ОПЛ, и профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари-специалисти по „Акушерство и гинекология“ в СИМП.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от ОПЛ

Най-голям брой ЗОЛ са диспансеризирани за следните социално-значими заболявания:

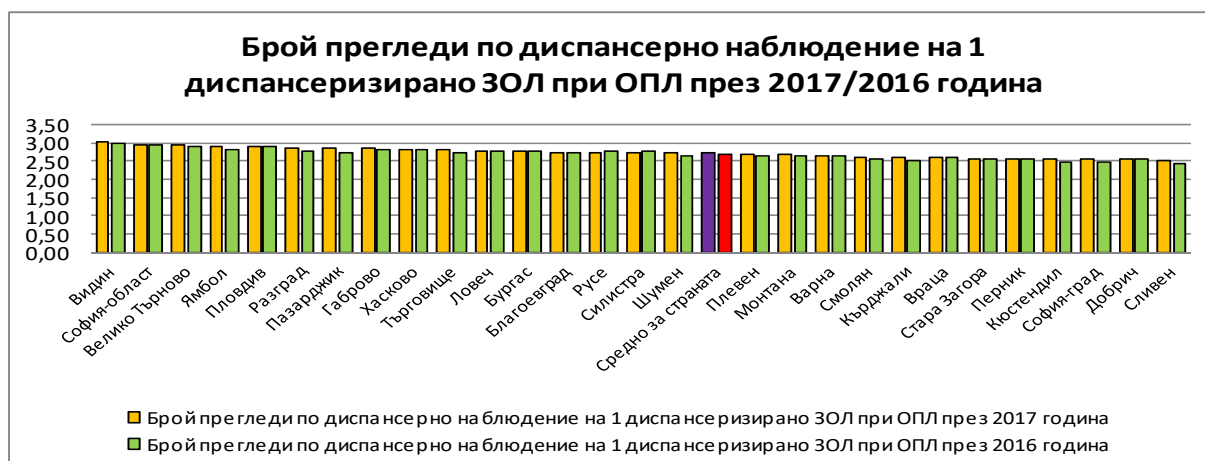
„Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ – 397 932 диспансеризирани през 2017 г.

„Болести на органите на кръвообращението“ - 1 576 706 диспансеризирани през 2017 г.

По РЗОК, най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ за тези класове болести са регистрирани в регионите с най-голям брой население – София-град, Пловдив и Варна.

Броят прегледи по диспансерно наблюдение, извършени от ОПЛ на едно ЗОЛ по РЗОК не се отклоняват съществено от средната стойност на показателя за страната и са в рамките до договорените в НРД и нормативната уредба.

Фигура 23. Брой прегледи по диспансерно наблюдение на 1 диспансеризирано ЗОЛ



Инцидентни посещения при ОПЛ

През 2017 г. средната стойност на показателя „Брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ при ОПЛ“ е 28,87 броя, а през 2016 г. - 30,42 броя, т.е. наблюдава се спад от 5%. Едни и същи РЗОК отчитат много ниски стойности на показателя, а други - четири-пет пъти над средната стойност за страната.

Най-голям брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ да отчитат ОПЛ в РЗОК - Монтана, РЗОК - Бургас (с отбелязан спад от 5%) и РЗОК - Благоевград (със спад от 2%). В РЗОК - Русе се наблюдава увеличение на инцидентните посещения с 25%. С най-ниски стойности и през двете години е показателят в РЗОК - Габрово (2017 г.-3,42; 2016 г.-4,65), РЗОК - Кърджали (2017 г.-2,21; 2016 г.-2,13) и РЗОК - Разград (2017 г.-0,77; 2016 г.-2,13)

2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2017 г. средно за страната се отчитат 0,78 първични консултативни прегледи на 1 ЗОЛ и 0,77 през 2016 г.

При запазена тенденция от 2016 г., през 2017 г. най-много първични прегледи на едно ЗОЛ над средните за страната показатели се отчитат в РЗОК- Плевен (0,97 през 2017 г./0,93 през 2016 г.), РЗОК-София град (0,89 през 2017/ 0,89 през 2016 г.), РЗОК-Пловдив (0,85 през 2017 г./0,86 през 2016 г.) РЗОК- Варна (0,87 през 2017 г./0,87 през 2016 г.), РЗОК- Русе (0,89 през 2017 г./0,88 през 2016 г.) и РЗОК- Велико Търново (0,86 през 2017 г./0,84 през 2016 г.). Посочените области са региони в които има, както голям брой лекари-специалисти, работещи в изпълнение на договори с НЗОК за СИМП, така и лекари със специалности, които липсват или са недостатъчни в другите региони на страната. Най-ниска е стойността на показателя в РЗОК- Разград (0,61 през 2017 г./0,61 през 2016 г.), РЗОК Силистра (0,61 през 2017 г./0,60 през 2016 г.) и РЗОК- Кърджали (0,56 през 2017 г./0,56 през 2016 г.), тенденция която се запазва от 2016 г., което е в съответствие и с по-малката осигуреност на тези области с лекари специалисти.

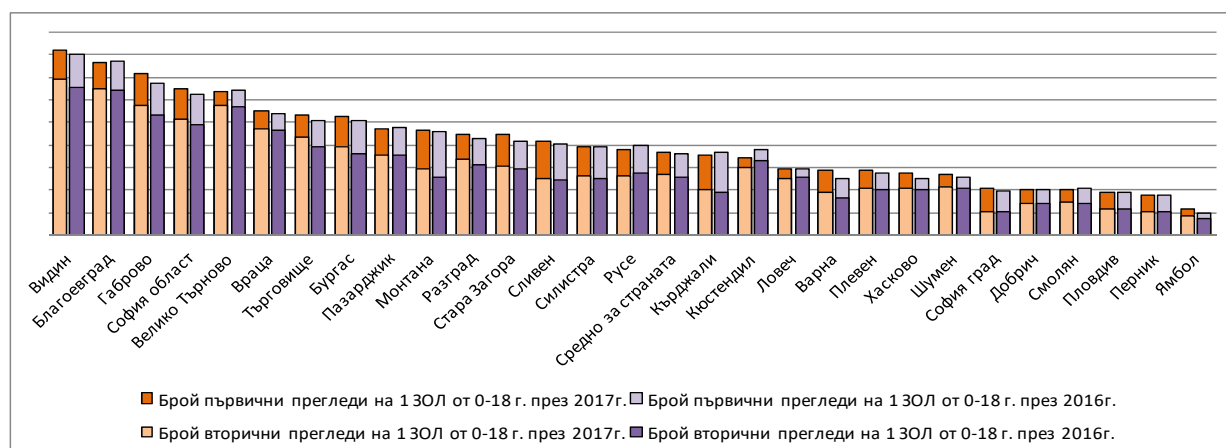
През 2017 г./2016 г., средно за страната са отчетени по 0,32/0,31 вторични консултативни прегледа на 1 ЗОЛ. През 2017 г. в 11 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната и се движи в диапазона между 0,37 и 0,33 прегледа. През 2016 г. този диапазон е между 0,36 и 0,31 прегледа. В 17 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. Показателят е с най-ниски стойности в РЗОК-Разград, РЗОК-Силистра и РЗОК-Кърджали, тенденция която се запазва от 2016 г.

В годишен аспект през отчетната 2017 г. съотношението вторични консултативни към първични консултативни прегледи по тримесечия се движи в рамките на допустимото един първичен към 0,5 вторични: през първо и второ тримесечие на 2017 г. - 0,41 средно за страната, през трето и четвърто тримесечие на 2017 г. - 0,40 средно за страната. Стойността на показателя по РЗОК по тримесечия се движи в диапазона от 0,45 до 0,33.

През 2017 година, средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ за страната е 0,74 прегледа, през 2016 г. този показател е 0,72 прегледа. Най-високи стойности над средната за страната отчитат РЗОК-Видин (1,65 прегледа през 2017 г./1,60 през 2016 г.) и РЗОК-Благоевград (1,54 прегледа през 2017 г./1,54 през 2016 г.).

Вторичните прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ средно за страната са 0,53 прегледа през 2017 г., а през 2016 г. този показател е 0,52 прегледа. През 2017 г. съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,73, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1. Това означава, че близо 28% от преминалите деца не са извършвани и съответно отчитани вторични прегледи. (Фиг. 24).

Фигура 24. Първични/вторични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г. при специалист с придобита специалност “Педиатрия“ по повод остри състояния през 2017 г./2016 г.



Средният брой първични прегледи за страната при специалисти по „Хирургия“, „Ортопедия и травматология“ през 2017 г. е 222 прегледа на 10 000 ЗОЛ, през 2016 г. е 227 прегледа на 10 000 ЗОЛ. Запазва се тенденцията от 2016 г. по този показател да се отчитат най-много прегледи на 10 000 ЗОЛ в РЗОК-Враца (667 през 2017 г./694 през 2016 г.), РЗОК-Благоевград 660 през 2017 г./660 през 2016 г.) и РЗОК-София област (399 през 2017 г./420 през 2016 г.). Средният брой на отчетените прегледи в тези области на 10 000 ЗОЛ е в пъти по-голям от стойността на показателя в РЗОК-Кърджали (80 през 2017 г./66 през 2016 г.) и РЗОК-Силистра (71 през 2017 г./85 през 2016 г.).

Средният брой вторични прегледи при специалист по „Хирургия“, „Ортопедия и травматология“ на 10 000 ЗОЛ през 2017 г. е 201 прегледа, за 2016 г. стойността на този показател е 206 прегледа. Съотношението на вторични към първични прегледи от този вид през 2017 г. (0,91) и 2016 г. (0,91) е в рамките на допустимото 1:1.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от лекар-специалист в ЛЗ за СИМП през 2017 г. и 2016 г.

За периода 01.01.2017 г.- 31.12.2017 г., класовете болести по МКБ 10, с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са:

„Болести на дихателната система“ – 193 886 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК-София град – 25 722, РЗОК-Стара Загора – 16 688 и РЗОК-Пловдив – 12 384.

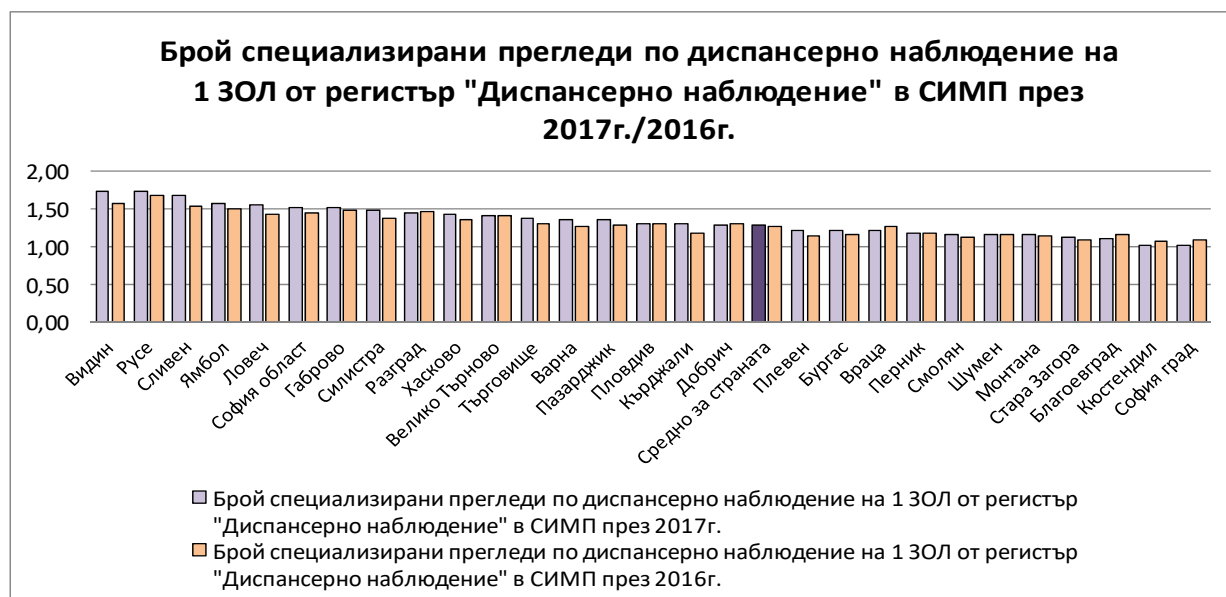
„Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ с 124 672 диспансеризирани ЗОЛ. РЗОК с най-голям брой диспансерни ЗОЛ с тези заболявания са: РЗОК-София град – 24 003, РЗОК-Пловдив – 8 837 и РЗОК-Варна – 8 102.

През 2017 г. средно за страната са отчетени 61 първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ, което е с 13% по-малко спрямо 2016 г.- 69 прегледа на 10 000 ЗОЛ. Запазва се тенденцията от 2016 г. най-голям брой специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ от този вид да се отчитат в РЗОК- Видин (179 през 2017 г./ 165 през 2016 г.), РЗОК-Кюстендил (109 през 2017 г./127 през 2016 г.) и РЗОК- Ямбол (104 през 2017 г./107 през 2016 г.), което е два пъти над средното за страната. Най-малък брой първични специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ под средните стойности за страната се отчитат в РЗОК-Бургас (26 през 2017 г./28 през 2016 г.) и РЗОК-Разград (22 през 2017 г./33 през 2016 г.)

Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2017 г. средно за страната са 1,29 прегледа на едно

диспансеризирано ЗОЛ, което сравнено с 2016 г. (стойността на този показател е 1,26 прегледа) показва по-висока обръщаемост на ЗОЛ обрънало се към лекар-специалист по повод диспансерно наблюдение (Фиг. 25).

Фигура 25. Брой специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на 1 ЗОЛ



Програма „Детско здравеопазване“, осъществявана от лекар-специалист по „Педиатрия“.

Средната стойност на показателя за страната „Брой профилактични прегледи на 1 дете от 0 до 18 г. по програма „Детско здравеопазване“ в СИМП през 2017 г. е 0,036 прегледа, през същия период на 2016 г. стойността е 0,034 прегледа. През 2017 г., както и през 2016 г. лекарите-специалисти по педиатрия в РЗОК-Монтана, РЗОК-Пазарджик, РЗОК-Перник, РЗОК-Русе и РЗОК-Сливен не отчетат профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“, профилактиката в тези региони се извършва основно от ОПЛ. В РЗОК-Габрово (0,27 през 2017 г./0,26 през 2016 г.), РЗОК-Видин (0,26 през 2017 г./0,25 през 2016 г.) и РЗОК-Кюстендил (0,13 през 2017 г./0,14 през 2016 г.) се отчетат най-голям брой прегледи по програмата.

Програма „Майчино здравеопазване“, осъществявана от лекар-специалист по акушерство и гинекология на бременни с нормална бременност и рисковата бременност.

През 2017 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни с нормална и рисковата бременност от лекар-специалист по акушерство и гинекология са отчетени общо 372 310 профилактични прегледа на 81 669 бременни (44 558 първични и 327 752 вторични). За 2016 г. са отчетени общо 389 598 профилактични прегледа на 84 613 бременни (47 015 първични и 342 583 вторични).

Средната стойност на показателя за 2017 г. по програмата е 5,0 прегледа на 1 бременна, включена в програмата тенденция която се запазва от 2016 г. Най-високо изпълнение по програмата през 2017 г. е отчетено в РЗОК Перник и РЗОК Хасково, тенденция която се запазва от 2016 г.

Налага се изводът, че в по-голямата част от страната бременните избират да бъдат наблюдавани от специалисти по „Акушерство и гинекология“ и само в някои региони, където е затруднен достъпа до специализирана медицинска помощ, наблюдението се извършва от ОПЛ и това съответства с данните за изпълнение на програма „Майчино здравеопазване“ от лекар-специалист.

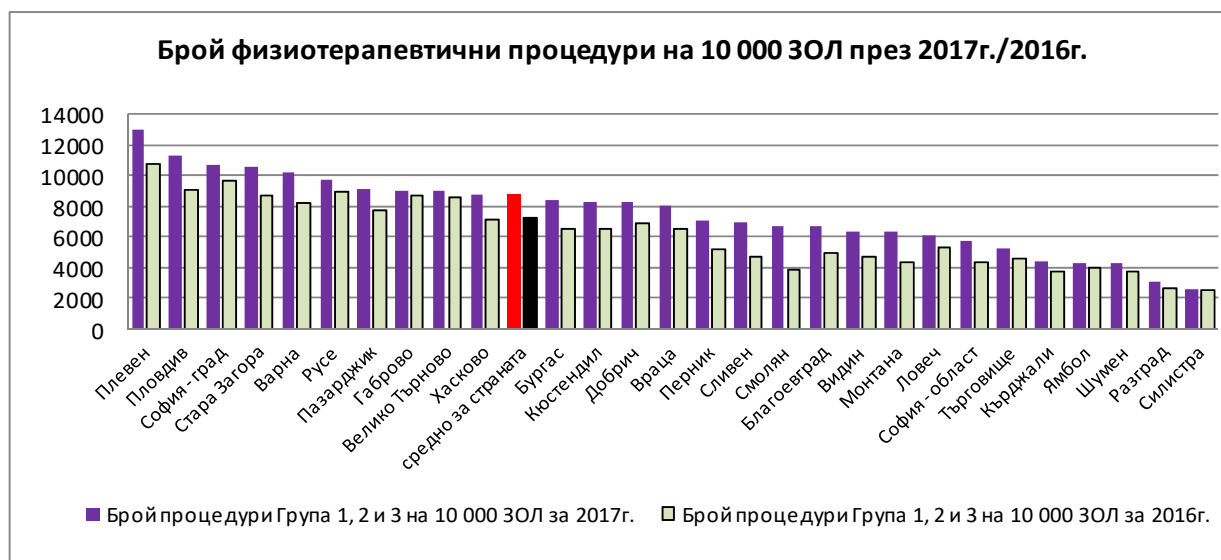
Медицинска експертиза на работоспособността

Средният брой прегледи на 10 000 ЗОЛ за страната, извършени по повод медицинска експертиза на работоспособността (прегледи от ЛКК, по искане на ЛКК, за подготовка за ЛКК/ТЕЛК) през 2017 г. се е увеличил с 5% спрямо 2016 г. (1 494 през 2017 г./1 417 през 2016 г.). **Най-голям брой прегледи на 10 000 ЗОЛ, почти три пъти над средната за страната стойност са отчетени в РЗОК-Габрово (5 135 през 2017 г./4 776 през 2016 г.), РЗОК-Перник (4 641 през 2017 г./4 298 през 2016 г.) и РЗОК-Монтана (3 139 през 2017 г./2 653 през 2016 г.).** Запазва се тенденцията от 2016 г. и през 2017 г. в РЗОК-Търговище и РЗОК-Шумен да се отчетат най-малко прегледи на 10 000 ЗОЛ спрямо средната стойност за страната. Само в: РЗОК-Сливен наблюдаваме спад по този показател през 2017 г. спрямо 2016 г.(804 през 2017 г./809 през 2016 г.).

Физикална и рехабилитационна медицина

На 10 000 ЗОЛ средно за страната през 2017 г. са отчетени по 8 702 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“, което представлява ръст от 20% спрямо 2016 г. **Най-голям ръст отчетат РЗОК-Смолян и РЗОК-Сливен, съответно 70,8% и 48,9%, спрямо 2016 г. (Фиг. 26).**

Фигура 26. Брой физиотерапевтични процедури на 10 000 ЗОЛ



Броят на специализираните първоначални прегледи и заключителните прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ е почти равен на броя на заключителните прегледи и през двете години - 2017 г. и 2016 г. Отчетените първоначални и заключителни прегледи по физиотерапия и рехабилитация за 2017 г. отбелязват ръст от 19%.

Това може да се обясни с индикации за хоспитализация по физиотерапевтични клинични пътеки за рехабилитация на заболявания на централната нервна система, периферната нервна система и на опорно-двигателния апарат от 01.04.2016 г., съгласно които ЗОЛ се хоспитализира, когато не е налице достатъчен терапевтичен ефект от проведената физиотерапия и рехабилитация в извънболничната помощ.

Най-голям брой прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ на 10 000 ЗОЛ, след въвеждане на новите правила за хоспитализация е в РЗОК с наличието на специализирани болници за рехабилитация – Плевен, Пловдив, София-град, Стара Загора, Варна. Независимо, че са под средното за страната най-голям ръст бележат РЗОК Сливен и Смолян.

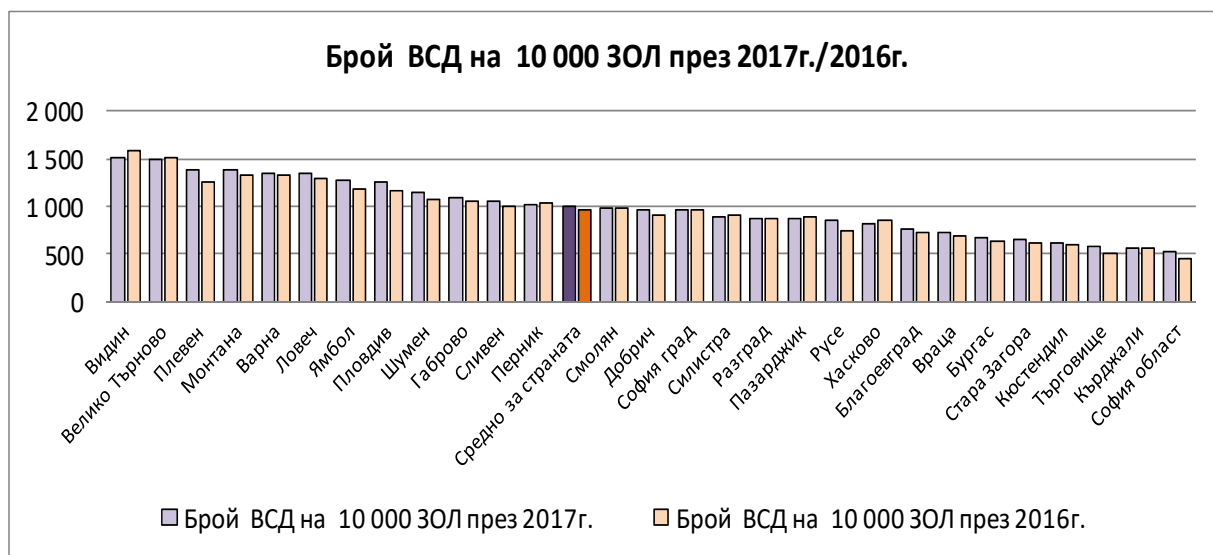
Високоспециализирани медицински дейности (ВСМД):

През 2017 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 995 високоспециализирани медицински дейности, което е с 3% повече в сравнение с 2016 г. година, когато са отчетени 963 високоспециализирани медицински дейности на 10 000 ЗОЛ.

През 2017 г. се запазва тенденцията от 2016 г. най-голям брой ВСМД на 10 000 ЗОЛ над средната стойност на показателя за страната да се отчитат в РЗОК-Видин (1 517 през 2017 г./1 585 през 2016 г.) и РЗОК-Велико Търново (1 469 през 2017 г./1 523 през 2016 г.). **Най-висок ръст в потреблението на ВСМД на 10 000 ЗОЛ през 2017 г. спрямо 2016 г. се наблюдава в РЗОК-София област (13%) и РЗОК-Русе (13%).**

С най-висока обрачаемост през 2017 г. и 2016 г. са следните ВСМД: „Ехокардиография“, „Електроенцефалография“, „Доплерова сонография“, „Електромиография“ и „Диагностична и терапевтична пункция на стави“ (Фиг. 27).

Фигура 27. Брой Високоспециализирани медицински дейности на 10 000 ЗОЛ



Медико-диагностични изследвания

Средно за страната, през 2017 г. са отчетени 28 716 бр. медико-диагностични изследвания на 10 000 ЗОЛ, което е ръст от 3,78 %, спрямо миналата година. И през двата сравнявани периода в 7 РЗОК стойността на този показател се запазва над средното за страната, като най-висока е в РЗОК-София (39 420), РЗОК-Пловдив (33 823) и РЗОК-Варна (32 321,89). Това са области с най-голям брой население, най-голям брой лекари-специалисти, лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ с МДЛ и самостоятелни медико-диагностични лаборатории.

В 20 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната, като най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК-Кърджали (14 689), РЗОК-София-област (15 876), РЗОК-Пазарджик (17 485) и РЗОК-Силистра (18 133) (Фиг. 28).

Фигура 28. Брой медико-диагностични изследвания на 10 000 ЗОЛ



Най-голяма е обращаемостта към МДИ от пакет „Клинична лаборатория“ - средно за страната през 2017 година са отчетени 25 068 бр. на 10 000 ЗОЛ, т.е. отбелязан е ръст от 3,69% в сравнение с 2016 г., когато средната стойност на показателя за страната е била 24 176. Отчетените изследвания от пакет „Клинична лаборатория“ са 87,29% от всички медико-диагностични изследвания.

През 2017 г. както и през 2016 г. в 7 РЗОК (София, Пловдив, Варна, Велико Търново, Видин, Ямбол и Монтана) стойността на този показател се запазва над средната за страната. Запазва се тенденцията РЗОК-София (33 911), РЗОК- Пловдив (30 061) и РЗОК- Варна (28 317) да са на първите три места по потребление на МДИ от пакет „Клинична лаборатория“.

В 18 РЗОК стойността на този показател е под средната за страната, като най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени в София-област (13 489), РЗОК Кърджали (13 957,73) и Пазарджик (14 570). В 2 РЗОК, отчитащи стойности на показателя под средната за страната ръстът е по-висок от средния за страната – Перник (7,64%) и Стара Загора (5,59 %).

През 2017 година средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 2 178 изследвания от пакет „Образна диагностика“. За 2016 г. са отчетени 2 081 броя на 10 000 ЗОЛ), т.е. стойността на показателя за 2017 г. бележи увеличение от 4,67 %. В 11 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната. През отчетния период най-висок ръст на броя изследвания от пакет „Образна диагностика“ на 10 000 ЗОЛ се наблюдава в РЗОК Русе (15,70 %), РЗОК Сливен (7,14%) и РЗОК Варна (6,87%)

През 2017 г., както и през 2016 г., най-високи стойности на този показател отчитат РЗОК-Велико Търново (2 898), РЗОК-Плевен (2 742), РЗОК-Враца (2 680) и РЗОК-Перник (2 595).

В 17 РЗОК броят на отчетените изследвания от пакет „Образна диагностика“ на 10 000 ЗОЛ е под средното за страната. Наблюдава се запазване на тенденцията на потреблението от 2016 г. - с най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са РЗОК Силистра (1 093), Разград (1 539) и Кърджали (1 649).

По пакет „Клинична микробиология“ средно за страната през 2017 година са отчетени 822 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ, а за 2016 г. са отчетени 779 изследвания, което е ръст от 5,50% (43 броя изследвания повече на 10 000 ЗОЛ).

В 8 РЗОК броят на отчетените изследвания от пакет „Клинична микробиология“ на 10 000 ЗОЛ е над средния за страната. Най-голям отчетен ръст в сравнение с 2016 г. се

наблюдава в: РЗОК-Плевен - 16,45% (119 броя), РЗОК-София - 8,19% (142 броя) и РЗОК-Ямбол – 7,90% (69 броя). В девет от РЗОК отчетените изследвания на 10 000 ЗОЛ бележат спад, като най-голямо отклонение се наблюдава в - Кърджали (с 58,14 %), Перник (с 53,14 %), Монтана (с 46,26 %) и Хасково (с 32,16 %).

В 8 РЗОК се запазва тенденцията да отчитат стойности на показателя над средната за страната. С най-високи стойности е показателят в РЗОК-София (1880), РЗОК-Велико Търново (1046) и РЗОК-Сливен (1041).

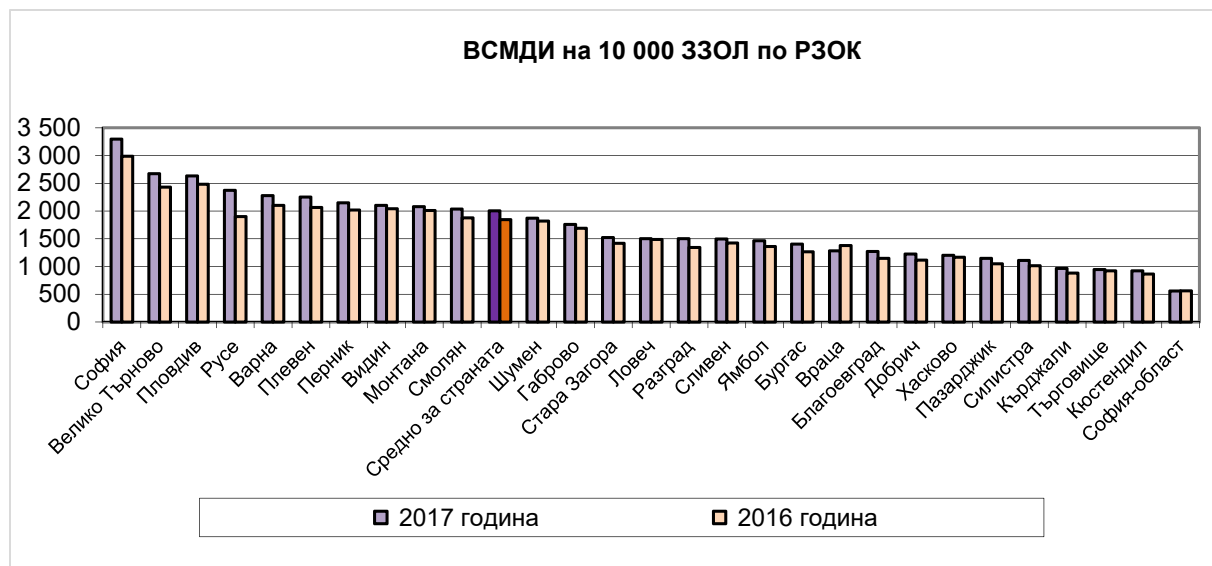
В 20 РЗОК отчетеният брой изследвания е под средния за страната, като най-малко изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК-Кърджали (50), Перник (102) и Монтана (199).

През 2017 година средно за страната са отчетени 2 004 броя високоспециализирани медико-диагностични изследвания (**ВСМДИ**) на 10 000 ЗОЛ. За 2016 г. са отчетени 1 845 изследвания на 10 000 ЗОЛ, това е **ръст от 8,59% (159 броя)**.

За двата сравнявани периода в 10 едни и същи РЗОК стойността на показателя е над средната за страната. В 4 от тях показателят е с по-висок ръст от средния за страната – РЗОК Русе (+471 броя/24,75%), РЗОК-София-столична (+309 броя/10,34%), РЗОК Велико Търново (+244 броя/10,03%) и РЗОК Плевен (+189 броя/9,16%). В пет РЗОК ръстът е по-нисък от средния за страната. С най-високи стойности за двата наблюдавани периода е показателят в РЗОК-София (3 296), РЗОК-Велико Търново (2 674) и РЗОК-Пловдив (2 633).

В 18 РЗОК отчетеният брой ВСМДИ на 10 000 ЗОЛ е под средното за страната. В някои от тях ръстът на показателя е по-висок от средния за страната: РЗОК-Разград (+159 броя/11,85 %), Благоевград (+125 броя/10,87%), Бургас (+136 броя/10,76%), и др. През 2017 г. снижение на показателя отчитат РЗОК-Враца (-95 броя/ -6,88%) и РЗОК-София-област (-4 броя/ -0,68%). През 2017 г. най-ниски стойности на показателя отчитат РЗОК София-област (559), Кюстендил (922) и Търговище (946), което е тенденция от 2016 г.(Фиг. 29).

Фигура 29. Брой високоспециализирани медико-диагностични изследвания на 10 000 ЗОЛ



Ръст от 0,66% (871 броя на 1 0000 ЗОЛ/ при 865 на 10 000 ЗОЛ за 2016 г). на обращаемостта през 2017 спрямо 2016 година се наблюдава при **ВСМДИ изследвания на хормони**.

В 5 РЗОК стойността на този показател и през двата сравнявани периода е над средната за страната. В три от тях броят на отчетените изследвания на 10 000 ЗОЛ спрямо

2016 г. отбелязва по-висок ръст от средното за страната – Видин (1,75%), Монтана (1,61%) и Велико Търново (0,80%).

С най-голям брой изследвания на хормони на 10 000 ЗОЛ са РЗОК-София (1752), РЗОК-Пловдив (1156) и РЗОК-Велико Търново (1 046). Въпреки, че през 2017 г. РЗОК-София столична отчита най-голям брой изследвания на 10 000 ЗОЛ, показателят бележи намаление спрямо 2016 г. (0,62%)

В останалите 23 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната, като най-ниска е в София-област(174), РЗОК Пазарджик (259) и РЗОК Кърджали (274). През отчетния период, в редица РЗОК, отчитащи стойности под средната за страната е отбелязан висок ръст: Сливен (2,75%), Плевен (1,65%), Стара Загора (1,54%), Ловеч (1,48%).

През 2017 година показателят **„Изследвания за туморни маркери на 10 000 ЗОЛ“** бележи ръст от 13,25 % или 47 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ повече през 2017 спрямо 2016 г. Три РЗОК отчитат по-висок ръст от средния за страната – Русе (31,16%), Велико Търново (21,02%) и София (13,48%).

През двете сравнявани години в 7 едни и същи РЗОК стойността на този показател е над средната за страната, като най-високи са стойностите в РЗОК- София (617), РЗОК-Велико Търново (608), РЗОК- Пловдив (550), РЗОК-Смолян (549).

В двадесет РЗОК стойността на показателя е под средния за страната. Най-малък брой изследвания на туморни маркери на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК София-област (87), Силистра (156) и Кърджали (202).

Средно за страната стойността на показателя **ВСМДИ „КАТ на 10 000 ЗОЛ“** през 2017 година отбелязва ръст от 7,32 % спрямо 2016 г., като са отчетени повече 5 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ.

През 2017 г., както и през 2016 г., в 10 едни същи РЗОК стойността на този показател е над средната за страната. През 2017 г. в девет от тези РЗОК се наблюдава ръст на показателя спрямо 2016 г., намаление се отбелязва единствено в РЗОК-Пазарджик.

Най-голям брой КАТ на 10 000 ЗОЛ отчитат РЗОК Плевен (152), Русе (144), Враца (122) и Габрово (109).

През 2017 г. най-малък брой КАТ на 10 000 ЗОЛ е отчетен в РЗОК-Разград (4), РЗОК-Велико Търново (30), РЗОК-София област (32), РЗОК-Шумен (34).

ВСМДИ „Ядрено-магнитен резонанс“ (ЯМР) през 2017 година отчитат 20 РЗОК. Средно за страната през 2017 г. са отчетени 40 броя ЯМР на 10 000 ЗОЛ, като стойността на показателя отбелязва ръст от 5,53 % спрямо 2016 г. Най-високи стойности на показателя отчитат РЗОК София (100), Плевен (73), Варна (64) и Русе (63), а най-ниска – София-област (0,21), Пазарджик (4), Смолян (10), Търговище (11).

През 2017 г. средната стойност за страната на показателя **ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези“** на 10 000 ЗОЛ отбелязва увеличение от 4,99% (11 броя) в сравнение с 2016 г. През 2017 г. средно за страната са отчетени 234 изследвания, а за 2016 г. – 223 изследвания на 10 000 ЗОЛ.

В 11 РЗОК през 2017 и през 2016 г. отчетената стойност на показателя е над средната за страната. Най-високи нива на изследването на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК Смолян (349), РЗОК Пловдив (347), РЗОК Плевен (337), РЗОК Велико Търново (331). Най-висок ръст на показателя за 2017 г. се наблюдава в – РЗОК Русе (16,37%), РЗОК Смолян (10,06 %), РЗОК Велико Търново (9,42%), РЗОК Плевен (7,55%).

Това е положителна тенденция, т.к. изследването е включено в профилактика на жени от 50 до 69 години с цел превенция на злокачествено новообразуване (карцином) на млечната жлеза (Фиг. 30).

Фигура 30. Брой ВСМДИ „Мамография на млечна жлеза“ на 10 000 ЗОЛ

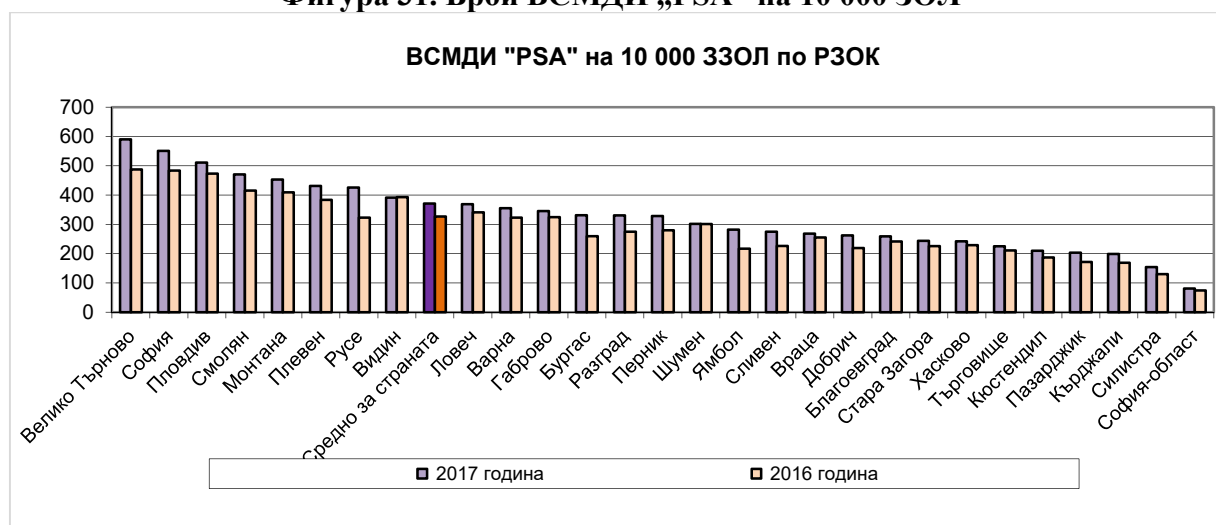


През 2017 г. средно за страната от **ВСМДИ „PSA“** са отчетени 371 броя на 10 000 ЗОЛ, което е 44 броя на 10 000 ЗОЛ повече в сравнение с 2016 г., а ръстът е 13,45 %. Отчетените през 2017 г. ВСМДИ „PSA“ 273 323 броя са 93,46% % от общия брой на отчетените ВСМДИ „Туморни маркери“. През 2016 г. ВСМДИ „PSA“ са били 82,93% % от ВСМДИ „Туморни маркери“. **Това е положителна тенденция, т.к. изследването е включено в профилактика на мъже на и над 50 години с оглед превенция на злокачествено новообразувание на простатата.**

В РЗОК със стойности на показателя над средното за страната, най-висок ръст спрямо 2016 г. се наблюдава в РЗОК Русе (103 броя, 31,79 %), Велико Търново (103 броя, 21,10 %) и София (67 броя, 13,86 %).

В РЗОК със стойности на показателя под средното за страната, най-висок ръст спрямо 2016 г. се наблюдава в РЗОК –Ямбол (65 броя, 29,86 %), Бургас (71 броя, 27,38 %) и Сливен (48 броя, 21,38 %) – Фиг. 31.

Фигура 31. Брой ВСМДИ „PSA“ на 10 000 ЗОЛ



Изпълнение на договори за Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (КДН) на лица с психични заболявания и лица с кожно-венерически заболявания

За осъществяване на КДН на психични заболявания са сключени 10 договора: 5 с ЦПЗ и 5 с ЛЗ за болнична помощ с разкрити клиници (отделения) за психични заболявания. За КДН на лица с психични заболявания са сключени договори с 10 изпълнители в РЗОК Благоевград, Варна, Добрич, Русе, Силистра, София-град, София-област и Шумен. През 2017 г. са отчетени 20 097 прегледа за КДН на лица с психични заболявания. **Най-голям брой прегледи се отчитат в РЗОК - Русе (2017 г. – 10 491; 2016 г. – 10 571), РЗОК - София столична (2017 г. – 4 558; 2016 г.- 5 422) и РЗОК - Добрич (2017 г. – 2 457 и 2016 г. – 2 951).**

За осъществяване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания към 31.12.2017 г. са сключени 11 договора: 4 с ЦКВЗ и 7 с ЛЗ за БП с разкрити клиници (отделения) за кожно-венерически заболявания. Договори за оказване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания са сключени с 11 изпълнители в РЗОК Бургас, Варна, Велико Търново, Враца, Габрово, Кюстендил, Плевен, Сливен, София-град и Шумен.

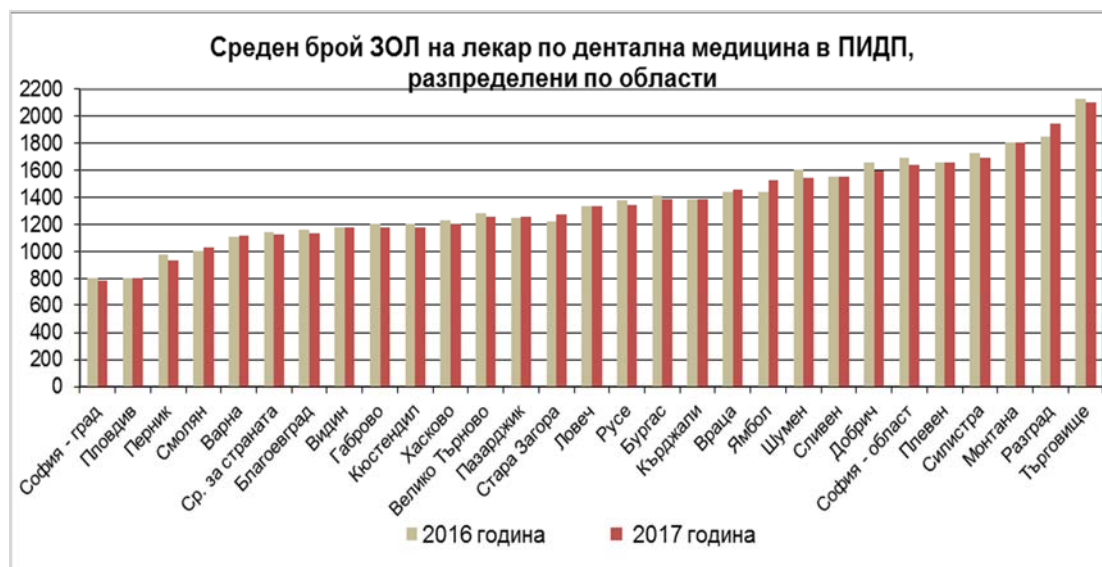
През 2017 г. са отчетени 2 088 прегледа за КДН на лица с кожно-венерически заболявания.

2.5.3. Извънболнична дентална помощ

Първична извънболнична дентална помощ (ПИДП)

Средната осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП през 2017 година, е един лекар на 1 133 здравноосигурени лица. Спрямо предшестващата година, това представлява увеличение от 0,9% (за 2016 г. осигуреността е един лекар на 1 143), което е свързано както с увеличението на лекарите по дентална медицина в ПИДП с 0,2% (от 6489 на 6503), така и с намалението на броя на здравноосигурените лица (0,7%). Въпреки увеличението в средната осигуреност за страната, диспропорцията по този показател, между различните РЗОК се запазва (Фиг. 32).

Фигура 32. Среден брой ЗОЛ на лекар по дентална медицина в ПИДП, разпределени по области



Анализът на изменението на обемите и структурата на отчетените дентални дейности от изпълнители на извънболнична дентална помощ за 2017 г. спрямо 2016 г. при запазен пакет от дейности за ЗОЛ до 18 г. и различен пакет дейности за ЗОЛ над 18 г. (две

лечебни дейности от 01.01.2016 г. до 31.08.2016 г. и три лечебни дейности от 01.09.2016 до 31.12.2017 г.), за които НЗОК заплаща, показва следното:

- почти всяко четвърто здравноосигурено лице, през 2017 г., е получило дентална помощ, като делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ в ПИДП през 2017 г. е намалял спрямо делът през 2016 г. от 24,3% на 24,1%.

- следствие на увеличението брой договорени лечебни дейности през 2017 г. (увеличението е в сила от 01.09.2016 г.), за ЗОЛ над 18 години (от две на три), се наблюдава увеличение на относителните показатели за отчетени дейности в тази възрастова група свързани с двете лечебни дейности – „Обтурация“ и „Екстракция“. Това води както до увеличение на отчетените дейности при ЗОЛ над 18 години, така и до общо увеличение на отчетените дейности от лекарите по дентална медицина в ПИДП.

- при най-високо платената дейност в ПИДП – „Пулпит или периодонтит на постоянен зъб“ – се наблюдава намаление в стойността на показателя „Среден брой отчетени дейности пулпит или периодонтит на постоянен зъб, на 100 ЗОЛ до 18 години“ със 7,7%. От получилите дентална помощ този показател за страната е намалял с 9,8%.

- средно за страната, през 2017 г., са отчетени 7,45% повече лечебни дейности в ПИДП на ЗОЛ (по 0,59 лечебни дейности, при 0,55 дейности за предходната година). В същото време средният брой отчетени дейности от лекар по дентална медицина в ПИДП бележи увеличение с 6,5 %, при увеличение както на лекарите по дентална медицина, работещи по договор с НЗОК така и на абсолютния брой отчетени дейности от тях.

Специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП)

През 2017 година в 79% от РЗОК (22) има сключени договори за оказване на специализирана извънболнична дентална помощ. Делът на сключените договори с лекари по дентална медицина оказващи хирургична дентална помощ е 75% (21 РЗОК) и през двата разглеждани периода.

Осигуреността с лекар по дентална медицина, оказващ хирургична дентална помощ през 2017 г., е един лекар на 71 527 здравноосигурени лица, при един лекар на 75 676 за 2016 г. Най-голяма осигуреност има в РЗОК Видин, тя е един лекар на 16 311 ЗОЛ (2017 година) и един лекар на 16 597 ЗОЛ (2016 година).

В 64% от РЗОК (18) има сключени договори за оказване на СИДП по специалност "Детска дентална медицина". Осигуреността с лекари, работещи по този пакет през 2017 г., е един лекар на 14 961 ЗОЛ, като в РЗОК Русе има най-голяма осигуреност, която е 347% средната за страната (един лекар на 4 315 ЗОЛ)

Средният брой отчетени дейности в СИДП е намалял с 0,4% през 2017 г. (24,7 дейности на 1 000 ЗОЛ), спрямо 2016 г. (24,8 дейности на 1 000 ЗОЛ).

2.5.4. Болнична медицинска помощ

Към 31.12.2017 г. в страната функционират 322 лечебни заведения за болнична помощ при 321 за 2016 г., вкл. тези към други ведомства, които не са разпределени по вид. От тях 112 са многопрофилни болници, като няма промяна в броя им в сравнение с предходната година. Броят на частните болници е 114, с 3 повече от 2016 г., на специализираните болници – 63 (при 65 през 2016 г.) и на държавните психиатрични болници – 12. Освен тях стационарна дейност осъществяват и 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 5 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар.

Общият брой на леглата в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, неразпределени по вид, и в други лечебни заведения – комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания към 31.12.2017 г. е 52744. Осигуреността на населението с тях през 2017 г. се

увеличава на 74.8 на 10 000 души при стойности на показателя през 2016 г. 73.0 на 10 000 души.

Към 31.12.2017 г. лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, които не са разпределени по вид, разполагат всичко с 50 519 болнични легла при 49 589 за 2016 г.. От тях 25 521 са в многопрофилните болници (25 353 легла за 2016 г.), в частните болници 12254 (11195 легла за 2016 г.), 6 862 в специализирани болниците (7 121 легла – 2016 г.) и 2 225 в психиатричните болници (2 225 легла за 2016 г.).

Осигуреността на населението с болнични легла в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, неразпределени по вид, през 2017 г. се увеличава на 71.7 на 10 000 души при стойности на показателя през 2016 г. 69.8 на 10 000 души.

Броят на леглата в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗ) е 2 225, при 2 227 за 2016 г.. От 2016 г., съгласно измененията на Наредба 49 на МЗ от 2010 г., освен болнични легла се отчитат отделно и места за краткотраен престой.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла. С най-висока осигуреност с болнични легла общо в лечебните заведения за болнична помощ и в други лечебни заведения – комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания към 31.12.2017 г. на 10 000 души през 2017 г. са област Пловдив – 97.1, област Смолян – 95.5, област Плевен – 90.0, област Ловеч – 84.0. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол – 36.1 на 10 000 души, област Видин – 38.5, област Перник – 39.0, област Добрич – 41.0. Над половината от общия болничен леглови фонд (58.6%) е концентриран в 7 области - София-столица (20.4%), Пловдив (13.2%), Бургас (5.7%), Стара Загора (5.2%), Варна (5.2%), Плевен (4.5%), Пазарджик (4.4%) (Приложения – Табл. 3).

През 2017 г. през стационарите на лечебните заведения за болнична помощ в страната (без ведомствените болници) са преминали 2 157 314 болни, което е с 53 763 по-малко от преминалите през 2016 г. (2 103 551). Преминалите болни през частните лечебни заведения се увеличават с 9.8% - от 614 411 през 2016 г. на 674 888 болни през 2017 г.

Броят на проведените леглодни в лечебните заведения за болнична помощ (без ведомствените болници) през 2017 г. се увеличава - от 10 826 078 през 2016 г. - на 11 139 648.

Средният престой на 1 болен в тях се увеличава от 5.1 на 5.2 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 3.9 дни.

Използваемостта на леглата през 2017 г. в лечебните заведения за болнична помощ (без ведомствените болници) е 66.0%, като най-ниска е в частните болници – 62.0%. Използваемостта на леглата в многопрофилните болници за активно лечение е 65.7%, а в специализираните болници за активно лечение – 68.8%.

Към 31.12.2017 г. по НРД за медицинските дейности между за 2017 г., 369 лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ (ЛЗБП) са сключили договори с НЗОК, от които **315** са лечебни заведения за болнична медицинска помощ, **41** ЛЗ за СИМП, съгл. чл.15, ал.1, т.3 от НРД 2017 г. и **13** диализни центъра.

Таблица 18. Брой изпълнители на болнична медицинска помощ по видове дейности

Година	Общ брой ЛЗ	ВИДОВЕ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ, ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ		
		ЛЗБП и КОЦ	ЛЗ за СИМП /ДКЦ, МЦ/	Диализни центрове
31.12.2016 г.	365	311	42	12
31.03.2017 г.	364	311	40	13
31.12.2017 г.	369	315	41	13

Таблица 19. Брой ЛЗБП, с които са сключени договори на територията на страната към 31.12.2017 г., разпределени за северна и южна България

Изпълнители на БМП в северна България	2016 г.	2017 г.	Изпълнители на БМП в южна България	2016 г.	2017 г.
Варна	24	24	София град	78	80
Плевен	14	18	Пловдив	45	43
В.Търново	12	13	Бургас	25	27
Враца	11	12	София област	13	13
Русе	7	8	Ст. Загора	15	15
Габрово	5	5	Пазарджик	16	14
Добрич	6	7	Благоевград	14	13
Шумен	5	5	Хасково	10	10
Ловеч	5	6	Сливен	9	9
Монтана	7	6	Кърджали	5	5
Търговище	5	4	Кюстендил	7	7
Видин	3	2	Смолян	8	7
Разград	4	4	Ямбол	4	4
Силистра	3	3	Перник	5	5
Общо	111	117	общо	254	252

За период 01.01-31.03.2017 г. по реда на Решение №РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК са сключени договори с две нови лечебни заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ (Табл. 20).

Таблица 20. Нови договорни партньори изпълнители на болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК

Нови договорни партньори в БМП за 2017 г. сключили договор с НЗОК по реда на Решение №РД-НС-04-24-1/29.03.2016 г. на НС на НЗОК			
РЗОК	ЛЗ за БМП	Договорена дейност за ЛЗ по КП (№КП)	Договорена за ЛЗ по АПр (№АПр.)
Бургас	"Диализен център Ел Масри" ООД – м.01.2017 г.		№ 1
Плевен	МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - м. 02.2017 г.	№ 116, 119, 120	№ 18, 33

За периода 01.04-31.12.2017 г. по НРД за медицинските дейности 2017 г. са сключени договори с 17 нови лечебни заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ (Табл. 21).

Таблица 21. Нови договорни партньори изпълнители на болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК по реда НРД 2017 г. за периода 01.04-31.12.2017 г.

Нови договорни партньори в БМП за 2017 г. сключили договор с НЗОК по НРД 2017 г.				
№	РЗОК	ЛЗ за БМП	Договорена дейност за ЛЗ по КП (№ КП)	Договорена дейност за ЛЗ по АПр (№ АПр.)
1	02	ДКЦ "Свети Георги Победоносец" ЕООД		АПр 11,18, 26
2	04	СБПЛР "Минерални бани - Полски Тръмбеш" ЕООД	254, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 999	АПр 99
3	06	СБПЛББ Роман ЕООД	262; 263; 265	
4	07	"МЦ - I - Севлиево" ЕООД		АПр 11
5	08	"Диализен център Диалхелп" ЕООД		АПр 1
6	11	МБАЛ "Кардиолайф" ООД	16, 17, 18, 19.1, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37	Апр 99
7	15	ДКЦ Свети Панталеймон ООД		АПр 19; 20; 21

8	15	"МЦ Св. Марина-диагностика и терапия" ООД, гр. Плевен		АПр 36
9	15	"МБАЛ Света Параскева" ООД	14 бр. КП - 27, 29, 56, 113.2, 139, 140, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 999	
10	16	МЦ Св. Иван Рилски Чудотворец-2010 ЕООД		АПр 25, 26, 28
11	16	МЦ за очно здраве Виста ООД		АПр 19, 20, 21
12	16	ДКЦ "Пълмед"		АПр 19, 20, 21
13	18	Диализен център Руриком ООД		АПр 1
14	22	МЦ Клиника "Св. Мария Магдалена" ЕООД		АПр 11, 12, 26
15	22	ЦПЗ "Проф. Никола Шипковенски" ЕООД		АПр 38
16	22	СБАЛГАР "Д-р Малинов" ООД, гр. София 02, рн Красно село	КП 3, 5, 6, 7, 9	АПр 99
17	25	"МБАЛ-Попово" ЕООД - за втория адрес на ЛЗ в гр. Търговище, ул. "Пирин" № 16	КП 72, 74, 106.1, 114, 115, 127, 158, 159, 171, 173, 175, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191.1, 191.2, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 200, 202, 205, 208, 209, 216, 217.1, 218, 219, 220, 222, 235	АПр 22, 23, 24, 25, 26, 34

1. Брой и вид дейности, изпълнявани от ЛЗБМП, подлежащи на контрол.

През 2017 г. 64,3% от РЗОК (18 на брой) са договорили повече КП, а 10 РЗОК - (35,7% от РЗОК в страната), са договорили по-малък брой КП. Сключените договори по КП към 31 декември 2017 г. са 18 920 бр. или със 453 бр. КП повече спрямо 2016 г. Сключените договори по КП към същия период на 2016 г. са 18 467 бр.

Фигура 33. Брой сключени договори за изпълнение на КП към 31.12.2017 г. спрямо същия период на 2016 г.



Най голям брой Клинични пътеки през 2017 г. са договорени в СЗОК - 3705 бр. и РЗОК Пловдив – 2276 бр., това са и РЗОК с най-голям брой договорни партньори. Данните за Клиничните пътеки по които ЛЗ имат най-много сключени договори са показани в Табл. 22.

Таблица 22. Топ 10 на КП с най-голям брой сключени договори към 30.09.2017 г.

КП №	999	181	158	182	29	184	177	195	179	33
Брой договори по КП	217	154	153	152	151	150	149	148	147	146

Най голям брой сключени договори има по Клинична пътека № 999 „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“, Клинична пътека № 181 „Хирургични интервенции на ануса и периааналното пространство“, Клинична пътека № 158 „Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани“.

Таблица 23. Изпълнители на болнична медицинска помощ с най-голям брой договорени КП през 2017 г.

РЗОК	Изпълнител на болнична медицинска помощ	Брой сключени договори по КП
Пловдив	УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД Пловдив	276
Плевен	УМБАЛ „Д-р Г.Странски-Плевен“ ЕАД	258
Стара Загора	УМБАЛ Проф. Д-р Ст. Киркович АД	255
СЗОК	„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА“ ЕАД	244
Варна	МБАЛ Св. Марина ЕАД, Варна	242
Русе	МБАЛ Русе АД	231
СЗОК	Военномедицинска академия, София 10 рн Триадица	229
Пазарджик	"МБАЛ - УНИ ХОСПИТАЛ" ООД, гр. Панагюрище	223
Габрово	МБАЛ д-р Тота Венкова АД, Габрово	211
СЗОК	МБАЛ Св. Анна АД, София	210
Бургас	УМБАЛ - Бургас	202
Шумен	МБАЛ -ШУМЕН АД	201

За изпълнение на клинични процедури/процедури (КПр) са сключени договори с 86 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 206 броя КПр. Табл. 24.

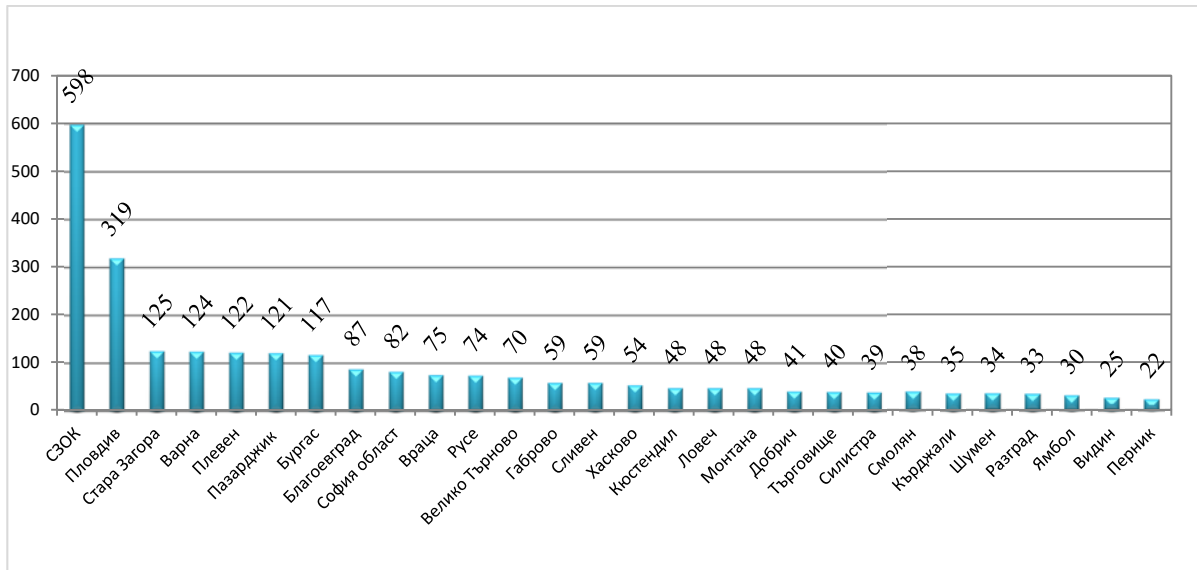
Таблица 24. Сключени договори по КПр/Пр:

Година	Общ брой КПр/Пр	КПр №1	КПр №2	КПр №3	КПр №4
Към 30.09.2017	206	65	11	65	65

Към 31 декември 2017 г. по НРД 2017 г. за изпълнение на амбулаторни/процедури (АПр) са сключени договори с 319 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на **2 567 броя АПр**. или с 48 бр. АПр повече спрямо 2016 г. Сключените договори по АПр към същия период на 2016 г. са 2 519 бр.

Данните за сключените договори за изпълнение на АПр по РЗОК в низходящ ред (към дата 31.12.2017 г.) са представени на Фиг. 34.

Фигура 34. Сключени договори за изпълнение на АПр



Най голям брой Амбулаторни процедури през 2017 г. са договорени в СЗОК - 598 бр. и РЗОК Пловдив – 319 бр., това са и РЗОК с най-голям брой договорни партньори.

2. Прекратени договори по КП/КПр/АПр.

За периода 01.04-31.12.2017 г. напълно са прекратени договорите с 7 ЛЗ изпълняващи КП/АПр - МЦ "Св. Ив. Рилски Чудотворец - 2010" ЕООД /АПр 25, 26, 28/, "ДКЦ Пълмед" ООД, гр. Пловдив /АПр 19, 20, 21/, СБАЛПФЗ-София град ЕООД, гр.София 04, рн Оборище - вливане във „ВТОРА МБАЛ” ЕАД, считано от 14.11.2017 г., /3 бр. КП/

Частично са прекратени и/или отказани за сключване договори по 152 броя Клинични пътеки и 17 броя Амбулаторни процедури (Табл. 25).

Таблица 25. Прекратени и/или отказани договори по КП/АПр.

РЗОК	Име на ЛЗБП	Причина за прекратяването	Номера на прекратени КП/АПр
Благоевград	„МБАЛ Пулс” АД	Срочни пътеки до дата 31.05.2017 г.	КП №161, 217.2
Благоевград	МБАЛ „Свети врач” ЕООД	Срочни пътеки до дата 13.04.2017 год.	КП №138, 140, и АПр18;
Благоевград	МБАЛ „Югозападна болница” ООД	Напуснал лекар от дата 01.11.2017 год.	КП №221
РЗОК	Име на ЛЗБП	Причина за прекратяването	Номера на прекратени КП/АПр
Бургас	УМБАЛ - Бургас АД		КП 92, 93, 94, 96, 97
Варна	МБАЛ - Варна ЕООД		КП 47, 106.1, 114, 115
Враца	КОЦ Враца ЕООД		КП 141, 144, 145, 148, 149, 150, 155
Кюстендил	МБАЛ Св. Иван Рилски ЕООД		КП 107, 108, 232
Ловеч	МБАЛ - Ловеч - "Проф. Д-р Параскев Стоянов" АД	Липса на сертификат	КП 17;18; 20; 24; 25; 26; 28; 30; 31; 32
Монтана	МБАЛ Св. Н. Чудотворец ЕООД, гр. Лом		КП 141, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 154, 155
Пазарджик	МБАЛ Здраве - Велинград ЕООД, гр. Велинград	Липса на необходимия брой лекари специалисти по АГ	КП 2, 166
Пазарджик	МБАЛ "Хигия - Север" ООД, гр. Пазарджик	Липса на лекари специалисти по „Хирургия“	КП 158, 171, 173, 175, 177, 180, 183, 184, 185, 186, 188,

			190, 191.1, 191.2, 193, 194, 195, 196, 197, 199.1, 199.2, 202 и 256
Пазарджик	МБАЛ - Уни Хоспитал ООД, гр. Панагюрище	Липса на лекар специалист по „Неонатология“	КП 8, 10, 11, 13, 14, 15.1, 100 и 101.
Пазарджик	"МБАЛ - УНИ ХОСПИТАЛ" ООД гр. Панагюрище	Липса на необходимия брой лекари специалисти по „Урология“	КП 142, 156 и 157.
Плевен	"СБАЛ по Кардиология" ЕАД	Липса на изискуемите специалисти	КП 19.1, 19.2 от 01.05.2017 г.
Плевен	МБАЛ - Левски ЕООД	Считано от 01.10.2017 г., поради неотчитане на дейност по АПр. 4 месеца.	Изцяло прекратен договор по АПр. /АПр 11, 25, 28, 29, 33, 99 от 01.10.2017 г./
Плевен	МБАЛ - Никопол ЕООД	Считано от 01.10.2017 г., поради неотчитане на дейност по АПр. 4 месеца.	Изцяло прекратен договор по АПр. /АПр 11, 33, 99 от 01.10.2017 г./
Пловдив	МБАЛ Свети Пантелеймон ЕООД Пловдив	Чл.100, ал.1, т.1 от НРД 2017	КП 43
Пловдив	МБАЛ Асеновград ЕООД, гр. Асеновград	Чл.100, ал.1, т.1, ал.2 от НРД 2017	КП 73, 192 /м.12.2017/
Пловдив	МБАЛ д-р Киро Попов ЕООД, гр. Карлово		КП 47, 106.1, 114, 115
Разград	МБАЛ Св. Иван Рилски - Разград АД		КП 147 от м.10.2017 г.
Силистра	МБАЛ Тутракан ЕООД	Липса на необходими специалисти	КП 38, 42.1, 45, 147, 152, 153
Смолян	МБАЛ Проф. Д-р Константин Чилов ЕООД, Мадан		КП 158
СЗОК	Втора МБАЛ - София ЕАД, гр.София 05, рн Сердика		КП 1, 2, 3, 4.1, 4.2, 5, 6, 7, 9, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170
СЗОК	Пета МБАЛ - София ЕАД, гр. София 05, рн Сердика		50, 52, 53, 54, 56, 61, 62, 63, 64.1, 67
СЗОК	МБАЛ Болница Европа ООД, гр. София 02, рн Красно село		158, 198, 212. 217.1, 217.2, 217.3, 219, 220, 221 и 222
София обл.	"МБАЛ - Самоков" ЕООД	Липса на специалист	КП № 210.
София обл.	"МБАЛ - Пирдоп" АД	Липса на специалист	КП 62, 179, 181, 182, 191.1, 195, 196 и 216.
София обл.	"МБАЛ - Пирдоп" АД	Липса на специалист	АПр 1, 11, 25, 26, 33, 34.

3. Контролна дейност

- Контрол на отчетените случаи преди заплащане

Основни параметри на контролната дейност за периода януари-декември 2016 и 2017 г.

Основните параметри, характеризиращи контролната дейност в ЛЗБП за периода 01.01-31.12.2017 г., сравнени със същия период на 2016 г. са представени в Табл. 26.

Таблица 26. Сравнение между основни параметри, характеризиращи контролната дейност за периода януари-декември 2016 и 2017 г.

Показатели	Резултат	Резултат
	01.01-31.12.2016 г.	01.01-31.12.2017 г.
Брой ЛЗ, с които са сключени договори за изпълнение на КП/КПр/АПр	365	369
Сключени договори по КП (клинични пътеки)	18467	18 920
Сключени договори по КПр (клинични процедури)	196	206
Сключени договори по АПр (амбулаторни процедури)	2 519	2 566
Общ брой извършени проверки в ЛЗБП в т.ч.:	4821	5167

Самостоятелни проверки (РЗОК)	4482	4820
Съвместни проверки (РЗОК/НЗОК)	274	210
Самостоятелни проверки (НЗОК)	65	137
Брой проверки с установени нарушения	1193	1507
% на проверките с установени нарушения	24,7%	29,2%
Брой проверки с установени суми за възстановяване	596	828
% на проверките с установени суми за възстановяване	12,4%	16%
Общ брой проверени КП	29849	34 555
Брой проверени ИЗ	271 646	404 345
Брой ИЗ с нарушения	8 073	6570
% ИЗ с установени нарушения от общо проверените	3 %	1,6%
Общ брой проверени КПр	2261	4475
Брой КПр с нарушения	0	25
Общ брой проверени АПр	15210	29 897
Брой АПр с нарушения	2164	484
% АПр с установени нарушения от общо проверените АПр	14,2%	1,6

Таблица 27. Обобщени данни за начислените имуществени санкции, суми за възстановяване, както и суми свалени на предварителен контрол за периода 01.01-31.12.2017 г.

№	Показатели	За периода 01.01- 31.12.2016 г.	За периода 01.01- 31.12.2017 г.
1	Суми, установени за незаплащане на предварителен контрол.	7 199 401 лв.	7 722 247 лв.
2.1	Начислената имуществена санкция в системата на НЗОК при проверки от РЗОК, съвместно с НЗОК /лв./	440 560 лв.	127 730 лв.
2.2	Начислената имуществена санкция при извършени самостоятелни проверки от РЗОК /суми в лв./	555 650 лв.	652 150 лв.
3.1	Начислени суми за възстановяване при извършени проверки от РЗОК, съвместно с НЗОК /суми в лв./	688 936 лв.	316 229 лв.
3.2	Начислени суми за възстановяване при извършени самостоятелни проверка от РЗОК /суми в лв./	996 256 лв.	1 168 725 лв.
4.1	Предложения за налагане на максимална имуществена санкция при извършени самостоятелни проверки от НЗОК /суми в лв./	69 000 лв.	135 500 лв.
4.2	Предложения за възстановяване/незаплащане на суми при извършени самостоятелни проверки от НЗОК /суми в лв./	388 789 лв.	370 354 лв.
4.3	Предложения за незаплащане на случаи от внезапен одит (лв.)	-	31 013 лв.
5	Общо санкции и суми за възстановяване от ЛЗ.	10 338 592лв.	10 523 948 лв.

При сравняване на гореизложените данни с тези от 2016 г. е видно, че сумите установени за незаплащане на предварителен контрол за месеците януари-декември 2017 г. са нараснали спрямо същия период на 2016 г. **с 522 846 лв. или с над 7%**. Този факт показва ефективността на извършвания предварителен контрол. Следва да се има предвид, че тези суми директно не се заплащат, като се избягва цялата продължителна процедура по обжалване включително и пред съдебни органи. Тези суми представляват 73,4% от общо санкции и суми за възстановяване от ЛЗ.

От посочените данни в таблицата се вижда, че **34,28% от наложените санкции и суми за възстановяване са от проверки, извършени с участието на експерти от ЦУ-НЗОК, както и от самостоятелни проверки на експерти на ЦУ на НЗОК.**

Сумите за възстановяване/незаплащане и предложените санкции при извършените съвместни проверки с участието на експерти на НЗОК, както самостоятелни проверки от НЗОК възлизат на **949 813 лв.**

- Отчет и анализ за осъществения контрол на ЛЗБП от РЗОК и ЦУ на НЗОК.

- Контрол на отчетените случаи преди заплащане

Контролът на отчетените случаи преди заплащане (предварителен контрол) идентифицира случаи, които не следва да бъдат заплатени или подлежат на заплащане едва след извършване на непосредствен контрол в самото ЛЗБП.

За периода януари-декември 2017 г., след извършване на предварителен контрол, от заплащане са отпаднали случаи на стойност **7 722 247 лв.**

Данните от предварителния контрол за суми, отпаднали от заплащане по РЗОК в низходящ ред (към дата 31.12.2017 г.) са представени на Фиг. 35.

Фигура 35. Суми отпаднали на предварителен контрол за периода 01.01-31.12.2017 г.



Относно данните от фигура 35 може да се направят следните обобщения:

- Най-големи по размер са свалените суми от предварителния контрол в РЗОК София град – 2 147 354 лв., Пловдив – 1 404 841 лв., РЗОК Варна – 471 802 лв., РЗОК Хасково – 468 907 лв.

Някой от причините за отпадане от плащане при предварителен контрол:

- Дейност оказана на лица с прекъснати здравноосигурителни права към датите на постъпване и изписване;
- Дейност оказана на лица, които не фигурират в ежедневно подаваната информация за приети и изписани пациенти или са подадени с несъответстващи реквизити в отчета и в ежедневно подаваната информация за приети и изписани пациенти;
- Отчетения код на дейност не е включен в предмета на договора по съответната КП.
- Неспазен минимален болничен престой на ЗОЛ
- Дублирани КП в рамките на 30 дни от дехоспитализацията, установени при аналитични справки Минималния брой диагностични/терапевтични процедури не е спазен
- Пропуснати процедури - диагностични или терапевтични
- Липсващ реквизит в документацията/неправилно попълнени документи;
- Дейност която не е извършена в целия обем;

➤ Несъответствие на данни между Персонализираната информационна система /ПИС/ и Регистрационната система за събития по хоспитализация и дехоспитализация /ХАДИС/.

Наблюдава се повтораемост на грешки и пропуски свързани с попълване на медицинската документация и неспазване на ДЛА при хоспитализация/дехоспитализация на пациентите спрямо същия период на 2016 г.

- Последващ контрол:

По отношение на извършените видове проверки в съответните РЗОК, за периода януари – декември 2017 г., може да се направят следните констатации:

За периода 01.01 - 31.12.2017 г. в съответствие с общите и специални условия на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. и НРД за медицинските дейности за 2017 г., в системата на НЗОК са извършени общо 5030 бр. проверки на лечебни заведения за болнична помощ.

Самостоятелните проверки на контролните органи на РЗОК са общо 4576 бр., от които 243 бр. проверки по жалби.

Съвместните проверки с участието на експертите от ЦУ-НЗОК са 190 бр. от които 19бр. проверки по жалби.

Брой самостоятелни проверки на условията за сключване на договорите по КП/КПр/АПр – 189 бр.

Брой съвместни проверки на условията за сключване на договорите по КП/КПр/АПр – 20 бр.

Съвместните проверки с др. институции са - 47 бр.

Кръстосани проверки – 8 бр.

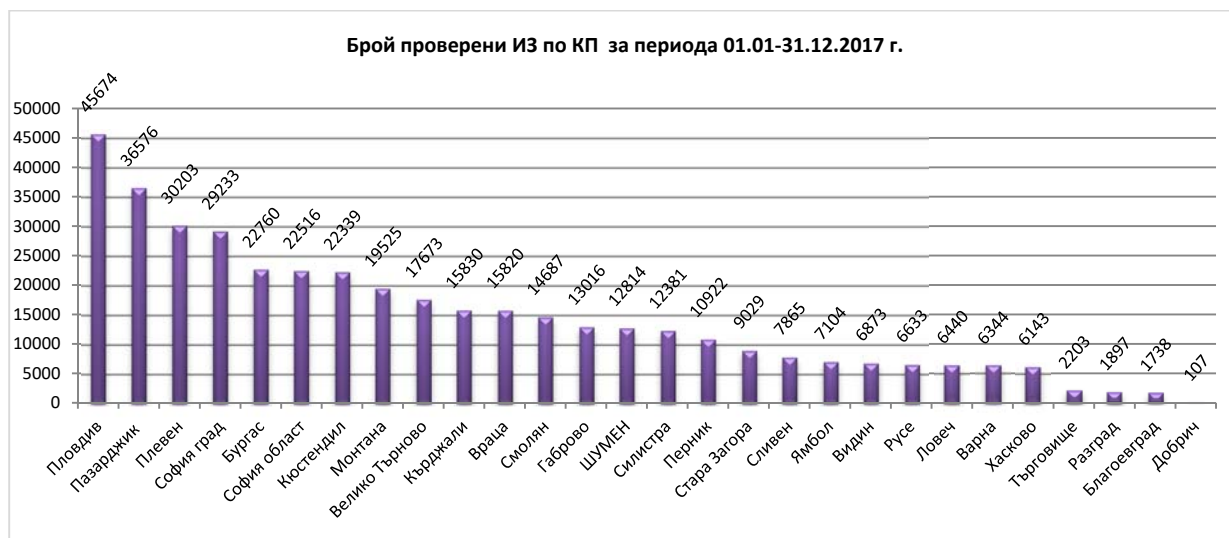
С най-голям брой извършени проверки за периода януари-юни 2017 г. е РЗОК София град – 761 бр., това е и РЗОК с най-голям брой договорни партньори (с 80 ЛЗ), РЗОК Пловдив – 653 бр., РЗОК Плевен – 366 бр. РЗОК Варна – 352бр.

- Извършени проверки по клинични пътеки:

За 2017 г. са проверени общо 34 555 бр. КП.

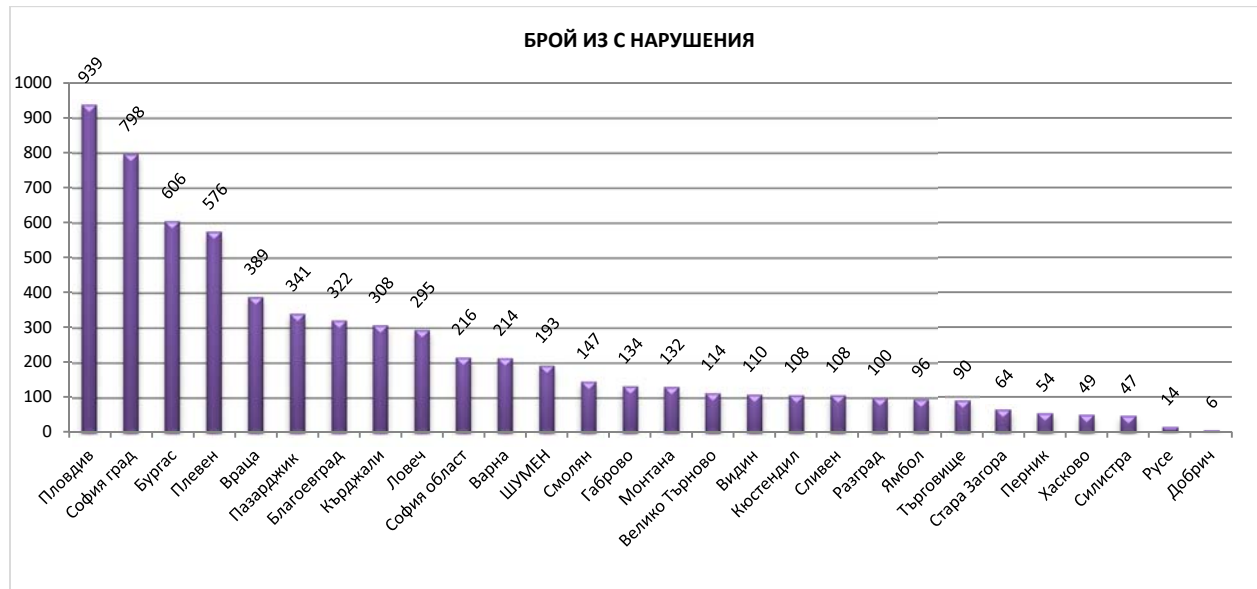
Общо за 2017 г. са проверени 404 345 бр. ИЗ. Нарушения са установени при **1,6% от проверените ИЗ или при 6 570 бр.**, а през 2016 г. процентния дял на ИЗ с нарушения е бил 3,1%.

Фигура 36. Проверени ИЗ при извършените самостоятелни и съвместни проверки по КП



Най-много проверени ИЗ при извършените проверки по клинични пътеки има в РЗОК Пловдив – 45 674 бр., Пазарджик – 36 576 бр., Плевен – 30 203 бр. ези данни са посочени на Фиг. 37.

Фигура 37. Брой ИЗ с нарушения при извършени проверки по КП



С най-голям брой ИЗ с нарушения при извършените проверки са РЗОК Пловдив – 939 бр., СЗОК – 798, Бургас - 606 бр., Плевен – 576 бр.

С най-голям брой ИЗ с нарушения при извършените проверки са СЗОК – 350бр., РЗОК Ловеч – 131 бр., РЗОК Шумен – 125 бр.,

Най-чести нарушения през 2017 г. по клинични пътеки:

При съпоставка на констатациите от извършените през периода проверки с тези за същия период от предходната година, се забелязва тенденция към повторемост на основните нарушения. Като най-често срещани нарушения при дейността на изпълнителите на болнична помощ могат да се посочат:

- Неспазване индикациите за хоспитализация по КП, както и ДЛА
- Неспазване на критериите за дехоспитализация
- Хоспитализация на пациенти с прекъснати здравноосигурителни права
- Неспазване на диагностично-лечебния алгоритъм на КП.
- Отчитане на дейност на едно и също ЗОЛ по терапевтична КП, в хода на лечението по която се индикира оперативно лечение.
 - Отчитане на лекарствени продукти вложени по КП, за която няма нормативен регламент да бъдат заплащани от НЗОК приложени лекарствени продукти извън цената на съответната КП.
 - Неосигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;
 - Непредоставяне на медицинска помощ по вид и обем, съответстваща на договорената;
 - Неспазване на изискванията за завършена КП (неизвършване на посочения в нея определен брой диагностични и/или терапевтични процедури)
 - Нарушаване на установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация.

- Нарушения, свързани с документиране в хода на хоспитализацията.
- Неправомерно взета потребителска такса
- Повторни хоспитализации в рамките на 30 дни по същата/различни КП.
- Липса на пациенти по време на внезапен контрол в ЛЗ

- Извършени проверки по клинични процедури:

Проверени са **4475 броя** КПр. Най-голям брой КПр са проверени в "МБАЛ - УНИ ХОСПИТАЛ" ООД гр. Панагюрище, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД гр. Плевен, МБАЛ "Св. Марина - Плевен" ООД, "МБАЛ ПАЗАРДЖИК" АД ГР. Пазарджик, МБАЛ Шумен. Нарушения са констатирани при **23 бр.** от проверените клинични процедури. Най-много нарушения са установени в МБАЛ Благоевград, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД гр. Плевен, МБАЛ "Пловдив" АД Пловдив, УМБАЛ Пълмед ООД.

- Извършени проверки по амбулаторни процедури:

За периода **януари-декември 2017 г.** са проверени **29 897 бр.** АПр. Най-голям брой АПр са проверени в МБАЛ "Д-р Ат. Дафовски" АД, "МБАЛ - Уни Хоспитал" ООД гр. Панагюрище, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД гр. Плевен, МБАЛ "Света Петка" АД, "Комплексен онкологичен център- Велико Търново" ЕООД.

При извършените проверки на АПр са проверени – **62 376 бр. направления/истории на заболяването.** Нарушения са установени при **484 бр.** от общо проверените АПр. Най-много нарушения са констатирани в МБАЛ "Тримонциум" ООД, УМБАЛ "Св. Георги" ЕАД Пловдив, УМБАЛ Александровска ЕАД, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД гр. Плевен, КОЦ - ШУМЕН ЕООД.

Констатирани нарушения при извършените проверки по АПр:

- в ИЗ няма приложена Декларация за информирано съгласие, съгласно ДЛА
- не е изпълнен в пълен обем ДЛА на АПр.
- не са спазени изискванията за документиране на лекарствени продукти в хода на хоспитализация
- неспазване алгоритъма на АПр 5 – Решението на Обща клинична онкологична комисия не е подписано от всички членове на комисията, съгласно МС „Медицинска онкология“;
- отчетена АПр 99 с болничен престой по-малко от 12 часа
- не е спазено изискването, екземпляри от решенията на Общата онкологична комисия и КОКХ, да бъдат прилагани към медицинската документация на пациента.

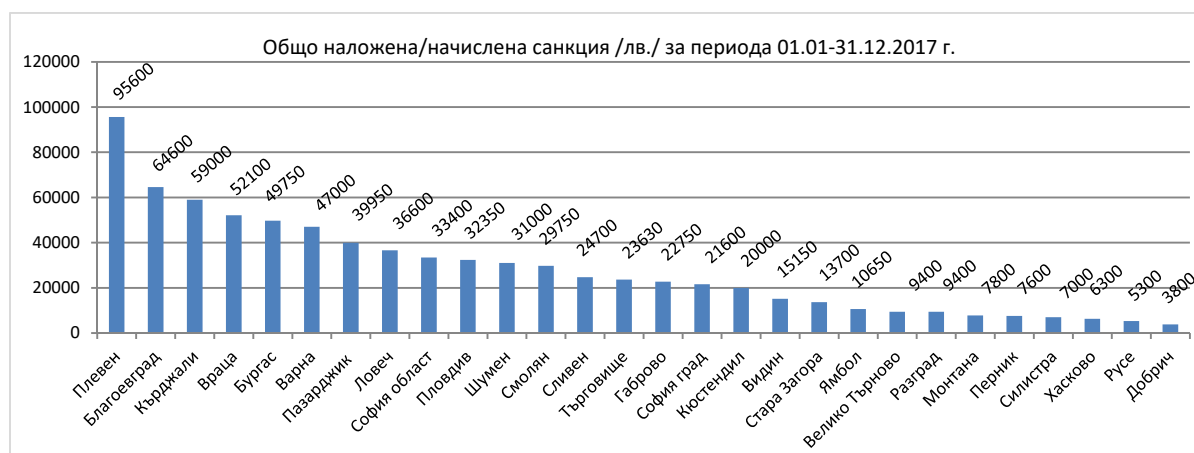
Наложена/начислена санкция при проверка от РЗОК, както и от съвместни проверки със служители към ЦУ на НЗОК.

Начислената имуществена санкция в системата на НЗОК за издадени наказателни постановления за периода 01.01-31.12.2017 г. (от проверки, извършени през 2017 г. и последните месеци на 2016 г.) е в размер на 779 880 лв. Внесената имуществената санкция/глоба в РЗОК е в размер на 542 250 лв., което представлява 69,5% от общо наложената санкция.

Начислената имуществена санкция при извършени **самостоятелни проверки от РЗОК е на стойност 652 150 лв.**, което представлява 83,6% от общо наложените санкции.

Начислената имуществена санкция при извършени **съвместни проверки от РЗОК с участието на експерти от ЦУ-НЗОК е – 127 730 лв.**, което представлява 16,4% от общо наложените санкции.

Фигура 38. Начислени имуществени санкции към 31 декември 2017 г. по РЗОК, представени в низходящ ред



От посочените данни в диаграмата е видно, че най-големи по размер имуществени санкции са наложени в РЗОК Плевен (95 600 лв.), РЗОК Благоевград (64 600 лв.), РЗОК Кърджали (59 000 лв.), РЗОК Враца (52 100 лв.).

Начислени суми за възстановяване за периода 01.01-31.12.2017 г. (Фиг. 40):

За периода 01.01-31.12.2017 г., общо начислените суми, получени без правно основание по протокол за неоснователно получени суми, в системата на НЗОК са в размер на **1 664 221 лв.**

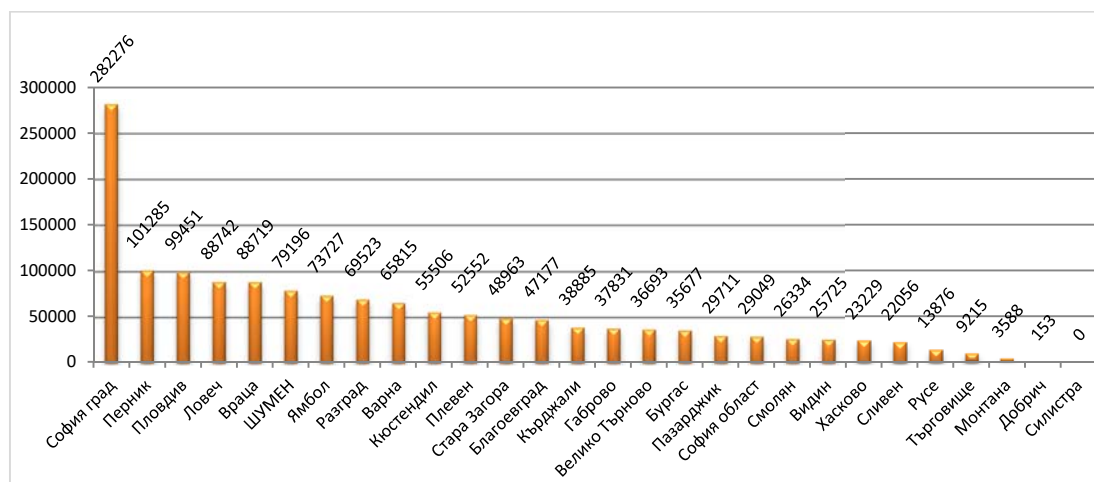
Към 31 декември 2017 г. начислените суми, получени без правно основание, по писмени покани издадени през периода 01.01-31.12.2017 г., в системата на НЗОК са в размер на **1 484 954 лв.**

Начислените суми за възстановяване при извършени самостоятелни проверки от контролори на РЗОК са в размер на 1 168 725 лв., което представлява 78,7% от общо начислената сума за възстановяване.

От проверки, извършени с участието на експерти от ЦУ-НЗОК са начислени суми в размер на 316 229 лв. (21,3% от начислените суми). От посочените данни става ясно, че по-голямата част от начислените суми за възстановяване са в резултат на самостоятелни проверки на РЗОК.

Внесените суми са в размер 965 409 лв., или 65% от начислените суми за възстановяване.

Фигура 39.. Начислени суми за възстановяване за периода 01.01-31.12.2017 г.



РЗОК с най-голям размер на неоснователно получените суми са СЗОК – 282 276 лв., РЗОК Перник – 101 285 лв., РЗОК Враца – 99 451 лв., РЗОК Ямбол – 88 742 лв.

- Извършени проверки по жалби:

За периода от 01.01-31.12.2017 г. са постъпили общо 270 писмени жалби. Извършени са 262 проверки от контролните органи на РЗОК, от които 19 с участието на експерти от НЗОК.

60 бр. жалби са изпратени по компетентност към други институции. Брой основателни жалби – 104. Брой жалби, които не изискват извършване на проверки – 27.

Основно причините за подаване на жалбите са за:

- предоставяне на недостатъчна по вид и обем медицинска помощ,
- заплащане или доплащане на дейност, напълно или частично платена от НЗОК,
- неоснователно заплащане от ЗОЛ потребителска такса по чл.37 от ЗЗО,
- заплащане на медикаменти по време на лечение по клинична пътека и др.
- закупуване на медицински консумативи, за които в КП не е изрично упоменато, че не се заплащат от НЗОК
- отказано провеждане на оперативно лечение по КП;
- неизвършване на дейности, отразени в епикриза и несъответствие в данните за престой в ЛЗ;

Информация за отнесените случаи към арбитражна комисия за периода 01.01-31.12.2017 г.

Общо за 2017 г. от арбитражна комисия са разгледани **286 броя** протоколи, броя отнесени констатации за разглеждане от Арбитраж е **1404**, от които 503 броя констатации са потвърдени, 315 броя са отхвърлени, а броя на констатациите при равен брой гласове е 528. Най-голям брой протоколи и съответно констатации за разглеждане от Арбитраж са в РЗОК Благоевград, Пловдив, Бургас.

В повечето случаи арбитражните спорове завършват без Решения. Дори и тогава, когато има постановено Арбитражно решение и издадена Заповед за санкция, ЛЗ за БМП обжалват същата по реда на АПК.

- Резултати от извършените самостоятелни (РЗОК) и съвместни проверки (РЗОК/НЗОК) на ЛЗ изпълнители на БМП:

В резултат на получените данни от отчетните справки на контролните органи към РЗОК, осъществяващи контрол на изпълнители на болнична медицинска помощ може да се направи следното обобщение:

За разглеждания период са извършени общо **5 030 бр. проверки** от които - 4820 бр. самостоятелни проверки извършени от служители на РЗОК, 210 бр. съвместни проверки с участието на НЗОК, на изпълнители на БМП в съответствие с общите и специални условия на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. и НРД за медицински дейности за 2017 г.

От тях **777 бр.** са завършили с установяване на суми, подлежащи на сторниране и **1470 бр.** са проверките, завършили с констатиране на нарушения.

Начислената имуществена санкция в системата на НЗОК за издадени наказателни постановления за периода 01.01-31.12.2017 г. (от проверки, извършени през 2017 г. и последните месеци на 2016 г.) е в размер на 779 880 лв. Внесената мушествената санкция/глоба в РЗОК е в размер на 542 250 лв., което представлява 69,5% от общо наложената санкция.

Начислената имуществена санкция при извършени **самостоятелни проверки от РЗОК е на стойност 652 150 лв.**, което представлява 83,6% от общо наложените санкции.

Начислената имуществена санкция при извършени **съвместни проверки от РЗОК с участието на експерти от ЦУ-НЗОК е – 127 730 лв.**, което представлява 16,4% от общо наложените санкции.

За периода 01.01-31.12.2017 г. общо начислените суми, получени без правно основание **по протокол за неоснователно получени суми**, в системата на НЗОК са в размер на 1 664 221 лв.

Начислените суми, получени без правно основание, по писмени покани издадени през периода 01.01-31.12.2017 г., в системата на НЗОК са в размер на 1 484 954 лв.

Начислените суми за възстановяване при извършени **самостоятелни проверки от контрольори на РЗОК** са в размер на 1 168 725 лв., което представлява 78,7% от общо начислената сума за възстановяване.

От проверки, извършени **с участието на експерти от ЦУ-НЗОК** са начислени суми в размер на 316 229 лв. (21,3% от начислените суми). Внесените суми са в размер 965 409 лв., или 65% от начислените суми за възстановяване.

4. Анализ за осъществения контрол на ЛЗБП от експертите от дирекция БМП към ЦУ-НЗОК за периода януари – септември 2017 Г.

За периода месеците януари – декември 2017 г. експертите на БМП извършиха проверки по **228 бр. заповеди на управителя на НЗОК, в 304 ЛЗБП по клинични пътеки/клинични процедури/амбулаторни процедури, на територията на всички РЗОК.**

Във връзка с констатираните нарушения са направени предложения за налагане на **максимални санкции в размер на 604 000,00 лв.** (конкретния размер на санкцията, предвидена по ЗЗО се определя от управителя на НЗОК/ директора на РЗОК), **предложения за възстановяване/незаплащане на суми – 1 163 206,71 лв.** (в т.ч. предложения за незаплащане на случаи от **внезапен одит – 31 013,00 лв.**).

Обхват на проверките през разглеждания период:

- 1.Контрол на сключените договори с изпълнители на болнична помощ, изпълнение на договорения пакет болнична помощ.
- 2.Внезапен контрол по време на оказване на болнична медицинска помощ.
- 3.Изясняване обстоятелства по писма и жалби.

През последните години, при определяне обектите на контрол, се прилага **аналитичен подход за идентификация на рискови изпълнители** на болнична помощ.

Контролната дейност се осъществи предимно в РЗОК и лечебни заведения за болнична помощ с най-голям ръст на отчитаната дейност по КП, КПр и АПр. и съответно с най-голям разход на финансови ресурси, на основание на данни от информационните модули – HOSP CPW, SISBA.

Лечебните заведения за болнична помощ, в които се наблюдава стремеж за свръххоспитализация, цялогодишно са поставени под постоянен мониторинг. Приоритетно са включени проверки на дейността на ЛЗБМП с най-висок ръст на хоспитализации спрямо предходни периоди, такива с най-голямо завишение на разходите по определени КП, лечебни заведения с най-много договорени клинични пътеки и такива, които са заявили за договаряне допълнителен брой КП/ КПр/ АПр.

Таблица 28. Резултати от извършени проверки на ЛЗБП от дирекция „БМП“ за м. януари – декември 2017 г.

№ РЗОК	РЗОК	Брой заповеди	Брой проверки ЛЗБП	Предложения за санкция - минимална (лв.)	Предложения за санкция - максимална (лв.)	Предложения за възстановяване/незаплащане на суми (лв.)	Предложения за незаплащане на случаи от ВНЕЗАПЕН одит (лв.)
1	БЛАГОЕВГРАД	4	8	3 600,00	9 000,00	28 825,82	
2	БУРГАС	10	14	9 000,00	22 500,00	20 778,55	

3	ВАРНА	9	10	9 600,00	24 000,00	44 297,27	
4	ВЕЛИКО ТЪРНОВО	5	10	8 400,00	21 000,00	39 284,00	
5	ВИДИН	4	6	4 800,00	12 000,00	20 699,00	
6	ВРАЦА	6	8	18 600,00	46 500,00	58 918,60	
7	ГАБРОВО	4	5	2 400,00	6 000,00	3 722,00	
8	ДОБРИЧ	1	2	2 000,00	5 000,00	11 670,00	
9	КЪРДЖАЛИ	3	4	8 800,00	22 000,00	84 336,00	
10	КЮСТЕНДИЛ	2	3	0,00	0,00	11 752,00	
11	ЛОВЕЧ	4	7	11 600,00	30 000,00	29 320,00	
12	МОНТАНА	2	4	6 400,00	16 000,00	35 323,67	
13	ПАЗАРДЖИК	9	12	13 400,00	33 500,00	76 515,41	
14	ПЕРНИК	1	3	1 200,00	3 000,00	4 206,00	
15	ПЛЕВЕН	4	5	2 600,00	6 500,00	7 310,16	
16	ПЛОВДИВ	19	32	27 000,00	67 000,00	190 153,66	
17	РАЗГРАД	2	3	6 600,00	16 500,00	34 721,00	
18	РУСЕ	3	4	5 200,00	13 000,00	14 553,29	
19	СИЛИСТРА	3	4	6 400,00	16 000,00	11 117,00	
20	СЛИВЕН	3	5	11 200,00	28 000,00	10 302,00	
21	СМОЛЯН	3	5	2 800,00	7 000,00	7 857,00	
22	СЗОК	95	109	51 000,00	126 500,00	190 321,28	31 013,00
23	СОФИЯ ОБЛАСТ	7	8	3 600,00	9 000,00	96 181,00	
24	СТАРА ЗАГОРА	8	11	7 200,00	18 000,00	30 732,00	
25	ТЪРГОВИЩЕ	4	5	8 600,00	22 500,00	10 280,00	
26	ХАСКОВО	6	6	3 400,00	8 500,00	23 672,00	
27	ШУМЕН	4	6	2 800,00	7 000,00	23 412,00	
28	ЯМБОЛ	3	5	3 200,00	8 000,00	11 933,00	
ОБЩО НЗОК		228	304	241 400,00	604 000,00	1 132 193,71	31 013,00

* През разглеждания период на територията на някои РЗОК и в някои ЛЗ са извършени повече от една проверка.

След констатирани нарушения, при извършени проверки в ЛЗБМП, са направени предложения за прекратяване на договора в:

– МБАЛ Ескулап – гр. Пазарджик по КП с №№ 218, 219, 220, 221, 222 – поради несъответствие с изискванията за налични специалисти;

– МБАЛ Св. Иван Рилски – Разград по КП № 147 – поради отчетена, но неизвършена дейност;

– „МБАЛ – Пирдоп“ по КП с №№ 38, 40.1 и 45 – поради липса на съответните структури и лекари специалисти.

– „МБАЛ Здраве – Велинград“ ЕООД в частта „дейност по КП № 195 – лечение на пациенти под 18 години“, в случай, че ЛЗ не представи специалист, притежаващ специалност по детска хирургия.

Таблица 29. Резултати от извършените проверки по тримесечие за 2017 г.

Период	Брой заповеди	Брой проверени ЛЗБП	Предложения за санкция - минимална (лв.)	Предложения за санкция - максимална (лв.)	Предложения за възстановяване/незаплащане на суми (лв.)	Предложения за незаплащане на случаи от внезапен одит (лв.)
м.01. - м.03.	51	73	79 600,00	199 000,00	419 419,27	27 736,00
м.04. - м.06.	81	87	55 400,00	138 500,00	269 432,13	2 777,00
м.07. - м.09.	46	78	66 400,00	166 500,00	248 758,64	500,00
м.10. - м.12.	50	66	40 000,00	100 000,00	194 583,67	
ОБЩО	228	304	241 400,00	604 000,00	1 132 193,71	31 013,00

От данните е видно, че броят на извършените проверки, броят на проверените лечебни заведения, предложените за санкция суми /максимален размер/, предложените за възстановяване/ незаплащане на суми е висок през целият период месец януари – месец декември 2017 г.

Акцентът на извършвания контрол в периода януари – декември 2017 г. е тематична проверка на територията на цялата страна на дейностите по онкология, хематология и лъчетерапия, съгласно нормативната уредба и разработени алгоритми от дирекция БМП за мониториране на потреблението и разхода на онко/онкохематологични лекарствени продукти от лечебните заведения.

Рискът от нарастването на разходите за лечение на онкологичните заболявания беше идентифициран в предходните години.

Констатираната през 2015 г. тенденция на нарастване на средствата за лечение на онкологични заболявания продължава през 2016 г. и 2017 г.

Във връзка с Решение № РД-НС-04-98/26.09.2017 г. на НС на НЗОК, засилен контрол в лечебни заведения за болнична дейност, оказващи медицинска помощ по клинични пътеки и амбулаторни процедури в областта на онкологията, хематологията, лъчетерапия и онкохематологията се извърши в периода месец октомври – месец декември 2017 г.

Лечебните заведения са определени съгласно докладна записка с вх. № 21-01-1630/28.09.2017 г. за „Анализ на лекарствопотреблението на лекарствени продукти, заплащани извън цената на клинични пътеки и клинични процедури/амбулаторни процедури в болничната помощ, за лечение на онкологични и хематологични заболявания през първите 7 месеца на 2017 г. спрямо същия период на 2016 г.“.

Проверките на болнични аптеки в ЛЗ с най-голям разход на онкологични лекарства се осъществиха по разработени от дирекция БМП алгоритми и график. Проверките се извършиха съвместно с експерти от дирекция „Лекарствени продукти, медицински изделия и контрол по предписване и отпускане“ при ЦУ на НЗОК.

Проверките са извършени съгласно ЗЗО, НРД, Инструкция за контрол № РД-16-31/23.06.2016 г., Фармакотерапевтично ръководство по медицинска онкология.

Обект на контрол бяха лечебни заведения, които заемат първите места в национален мащаб и формират най-голям разход за лекарствени продукти, отчетени по КП и АПр.

С влизането в сила на НРД 2017 г. се извършват тематични проверки относно спазването на изискванията на Глава Деветнадесета, Раздел IV от НРД 2017 за МД относно предписване и отпускане на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ и заплащани извън цената на КП или АПр, както и изпълнението на алгоритмите на КП и АПр, регламентиращи предоставянето на болнична помощ при ЗОЛ с онкологични и онкохематологични заболявания.

Извършиха се проверки съгласно Указание 20-00-186/09.06.2017 г. за спазване на изискванията на чл.37а, ал.1 и ал. 2 от Наредба 28 от 2008 г. за устройството, реда и организацията на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти съгласно и Указание на основание чл. 3 от НРД за МД 2017 № РД-16-17/05.05.2017 г. за приложение на лекарствените продукти, чието приложение се изчислява на база ръст, тегло и телесна повърхност.

Обект на проверките е спазване изискванията на чл. 326 за прилагане на инфузионното противотуморно лечение по предварително изготвен времеви график от ЛЗ и чл. 327 от НРД 2017 за МД за заплащане от ЛЗ за лекарствени продукти за лечение на онкологични заболявания, с остатъчен срок на годност под 60%, за биологичните продукти с остатъчен срок на годност под 25%, намалена със съответната неустойка, задължително посочена в договора между ЛЗ и дистрибуторската фирма.

От ЛЗ се изисква да проверяват остатъчния срок на годност на всички доставки и при установяване на случаи на остатъчен срок на годност по-малък от заложения в клаузите на договора, да изиска от фирмите доставчици съответните неустойки, за което да уведоми РЗОК. Дадени са препоръки на директорите на съответните РЗОК да заплащат тези медикаменти с отчитане на сумата за неустойка.

В процеса на извършване на проверките се търсят и анализират **причините за завишаване разхода на средствата за лекарствени продукти**. Изискани са становища от управителите на лечебните заведения, в които се посочват основни причини за завишаване средствата за лекарствени продукти в областта на онкология и хематология.

Констатирани са нарушения при извършените проверки на лечебните заведения с онко/онкохематологична насоченост по КП/ КПр и АПр:

- Неспазен диагностично-лечебен алгоритъм;
- Незавършена АПр 5;
- Нарушения на условията за доставка и отпускане на договорените онколекарствени препарати от болничната аптека на лечебното заведение, съгласно изискванията разписани в чл. 327, ал.1 от НРД за МД 2017;

- Неспазване на изискванията на разпоредбите на чл.37а, ал.1 и ал.2 от Наредба № 28/09.12.2008г., относно изискванията за приготвяне на инфузионните разтвори за химиотерапия. Приготвянето на цитостатичните разтвори не се извършва централизирано в аптеката, а в манипулационните на съответните отделения/клиники.

- Неспазени изисквания на реда и условията за отчитане на приложените противотуморни медикаменти по АПр 06;

- Неспазени изисквания за започване на противотуморно лечение по КП № 240.

- Нарушения на работата с медицинска документация;

При извършен **внезапен контрол по време на оказване на болнична медицинска помощ**, в ЛЗ по онкология и хематология, е констатирано, че липсват пациенти. Тези случаи **не подлежат на заплащане** от страна на РЗОК, в случай че лечебното заведение ги отчете като дейност.

Обобщени изводи от извършените проверки:

- Лекарствените препарати за противотуморно лечение се назначават съгласно заложените във фармакотерапевтичното ръководство правила.

- Случаите на констатирани завишения на дози на противотуморни препарати, се дължат на двукратното приложение на терапевтичните схеми, назначени съгласно фармако-терапевтичния справочник на БОНД.

- Лечението на пациенти със злокачествени заболявания е проведено за съответния период, за който е изготвено Решение на онкологичната комисия по химиотерапия и Протокол за предписване на противотуморно лечение.

- Системното противотуморно лечение се провежда съгласно назначенията на Клиничната онкологична комисия по химиотерапия.

- Приложената на пациентите доза от ЛС е в съответствие с дозата, посочено във Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология и препоръчителната доза посочена в Кратка характеристика на продукта.

- В лечебните заведения е създадена организация на приложение и отчетност на лекарствените препарати за противотуморно лечение, гарантираща най-малък излишък.

- Спазват се нормативните изисквания, касаещи дейността на болничната аптека.

За периода януари – декември 2017 г. обект на проверки бяха и лечебните заведения за болнична помощ, при които се наблюдава стремеж за свръххоспитализация и промяна на обстоятелства по сключените индивидуални договори.

В проверените лечебни заведения за болнична помощ са констатирани следните **нарушения:**

Нарушение на условията и реда за оказване на медицинска помощ най-често се отнасят за:

- Отчетена, но неизвършена дейност;
- ЛЗ не разполага с необходимите специалисти за изпълнение на КП;
- Неспазване на индикациите за хоспитализация;
- Неспазване на диагностично-лечебния алгоритъм;
- Неспазване на критериите за дехоспитализация;
- Неспазване на изискванията за завършена клинична пътека;
- Неизпълнение на изискването за комплексно лечение на основно, придружаващи заболявания и усложнения;
- Нарушение на условията и реда за оказване на медицинска помощ - не е осигурена непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват.
- Извършена оперативна дейност и подписани медицински документи от лекари, които отсъстват поради ползване на отпуск;
- Изискана потребителска такса в ЛЗ от ЗОЛ, попадащи в категорията на лицата освободени от заплащане по Приложение № 12;
- Изискана потребителска такса в ЛЗ от ЗОЛ за повече от пролежаните леглодни;
- Изискано плащане/доплащане от ЗОЛ за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК;
- Извършена дейност от лекар специалист, непосочен в списъка на лекарите специалисти /Приложение № 1 към ИД на ЛЗ/ оказващи медицинска помощ по съответната КП;
- Извършена дейност от лекар специалист, непритежаващ съответна квалификация.
- Некоректно поставена окончателна диагноза.

Не са изпълнени изискванията на алгоритъма на КП № 195 „Оперативно лечение на остър перитонит“, в частта относно необходимите специалисти. За осъществяването на оперативни процедури за лица под 18 години се изискват двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия.

При сключване на договора за 2017 г. са представени четирима специалисти по хирургия, но нито един лекар със специалност по детска хирургия.

Лечебното заведение няма право да изпълнява и да отчита дейност по КП № 195 за лечение на пациенти под 18 години.

Нарушения на изискванията за работа с медицинска документация. Най-често се отнасят за следното:

- Реквизитите в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури (бл. МЗ – НЗОК № 7)“, в Блок „Преминал през стационара пациент“ не са попълнени коректно;
- В епикриза изготвена при дехоспитализация на ЗОЛ не са отразени задължително изискуеми реквизити;
- Приложения Документ 2 „Лист за предоперативна анестезиологична консултация“ не е попълнен съгласно изискуемите реквизити;
- Нарушения свързани с документирането на извършени изследвания – извършените диагностични процедури (ЕКГ, УДЗ и др.) не съдържат име и подпис на осъществилия изследването, апаратна дата и час и др.;
- Лечебните заведения не предоставят документи, доказващи осигуряване на лекарствени продукти включени в терапията на ЗОЛ и отразени като назначение в ИЗ и температурен лист от лечебното заведение;

- В рецептурна бланка за изписан лекарствен препарат за домашно лечение, липсват задължителните реквизити – име и УИН на магистър фармацевта отпуснал лекарствения продукт;
- Приложено е Решение на Онкологичен комитет по химиотерапия, на което липсват подписи на председателя и членове на Онкологичния Комитет, както и печат на лечебното заведение, съгласно изискванията и реквизитите посочени в приложение № 3 към НРД за МД за 2017 г.
- Липсва приложен амбулаторен лист от извършен преглед в извънболнична медицинска помощ, както и лист от преглед от дежурен екип от ЦСМП или от лекар в структура за спешна медицинска помощ.
- Резултатът от извършено изследване не е отразена в журнал по хронология с имена и диагноза/и.

Внезапен контрол по време на оказване на болнична медицинска помощ.
Констатира се:

– Отсъствието на пациенти – Здравноосигурени лица, хоспитализирани по клинична пътека, които съгласно проверената медицинска документация – история на заболяване и „Направление за хоспитализация/амбулаторна процедура“ (бл. МЗ – НЗОК № 7) следва да са на болнично лечение в момента на проверката. **Тези случаи не подлежат на заплащане от страна на РЗОК, в случай че бъдат отчетени от лечебното заведение.**

– Неизпълнени критерии за дехоспитализация;

– Неспазен диагностично-лечебен алгоритъм – неизвършена задължителна терапевтична процедура по време на хоспитализацията.

В проверяваните ЛЗ, през разглеждания период, се извършват проверки на медицинската документация на пациенти, **хоспитализирани повече от един път, в един отчетен период, в едно и също лечебно заведение.**

Най- често констатираните **нарушения** могат да бъдат систематизирани така:

➤ ЗОЛ се дехоспитализират с непроведени консултации и лечение на хронични придружаващи заболявания и непосредствено след това се хоспитализират по КП, по която се провежда това лечение.

➤ Осъществяват се няколко поредни хоспитализации на ЗОЛ с наличие на няколко хронични заболявания, например ХСН, захарен диабет, МБС, като се провежда лечение само на заболяването, което е основно за отчитаната КП;

➤ При лечение на ЗОЛ по терапевтична КП се установява заболяване, което инициира хирургично лечение. В този случай ЛЗБП неправомерно отчита двете КП.

➤ ЗОЛ се дехоспитализират „без медицински риск от приключване на болничното лечение“. В ИЗ няма отбелязани консултации с други медицински специалисти, а е предприето лечение по друга КП непосредствено след изписването.

През 2017 г. експерти от дирекция БМП при НЗОК извършиха и самостоятелни проверки. **Целта на самостоятелните проверки е ефективно и целесъобразно използване на ресурсите на Централно управление на НЗОК и подпомагане на контролните органи на РЗОК.** Те имат финансов резултат и дисциплиниращ ефект за подобряване качеството на оказаната медицинска помощ, подобряване качеството на водената медицинска документация, повишаване удовлетвореността на пациентите от предоставените медицински услуги и редица други фактори за които няма количествени измерители.

За периода м. януари – м. декември 2017 г, служители на дирекция БМП при НЗОК извършиха **самостоятелни проверки по 135 заповеди на управителя на НЗОК, което е 59,2% от общия брой заповеди за извършени проверки, при които са проверени 137 лечебни заведения за болнична медицинска помощ.**

Във връзка с констатираните нарушения от извършените самостоятелни проверки са направени предложения за налагане на максимални санкции в размер 135 500,00 лв. Предложени са за възстановяване и незаплащане суми в размер на 401 367,46 лв., в т. ч. 31 013,00 лв. от внезапен контрол, което е 7,7% от общата сума предложена за възстановяване/ незаплащане.

През целия период се извършваше **внезапен контрол на изпълнение на договорената болнична помощ при пациенти по време на хоспитализация.** Те се осъществиха предимно като самостоятелни проверки.

Проверките бяха насочени към: спазване на индикации за хоспитализация, на изискванията на алгоритмите на КП/КПр/АПр, на критериите за дехоспитализация, изготвяне и предоставяне на епикриза на пациента при дехоспитализация, спазване на изискванията при водене на медицинска документация.

Проследи се изписването и отпускането на лекарства на пациентите от лекарствената аптека.

Провеждаше се анкетиране на пациенти на място на болничното легло, относно оказаното болнично лечение и удовлетвореността на ЗОЛ от него.

За периода месец януари – декември 2017 г. са извършени проверки по **жалби, писма и сигнали, постъпили в дирекция БМП.**

Констатациите са отразени подробно в докладите, след приключване на проверките и са представени на ръководството на НЗОК. На всички жалби и сигнали е даден отговор на жалбоподателите в законоустановения срок.

Най-често те се отнасят до следното:

- Изискано е плащане/доплащане от пациент за медицинска дейност, която се заплаща от НЗОК;
- Поставят се въпроси за качество на медицинската дейност и морално-етични проблеми, поради което тези жалби/ сигнали се препращат по компетентност на МЗ-ИАМО и на БЛС;
- Неудовлетвореност от медицинско обслужване;
- Пациент реално не е хоспитализиран в ЛЗ;
- Несъответствие между извършената и отчетена дейност.

По определени казуси, възникнали в процеса на извършените проверки, са сигнализирани съответни компетентни органи – **МЗ, ИАМО, следствени органи и прокуратура.**

Съгласно чл. 76 в, ал. 1 от ЗЗО и чл. 4, ал. 1, т. 4, б. „а“ от Инструкцията се осъществиха **съвместни проверки с ИАМО** в ЛЗБМП. Целта на тези проверки е извършената контролна дейност да се основава на базата на нормативна уредба, включена в правомощията на двете институции. Разширяват се възможностите за осъществяване на по-голям обхват на извършваните проверки.

В резултат от извършени проверки и установени нарушения от служители на дирекция БМП и екип на РЗОК, в ЛЗ на територията на РЗОК Благоевград, Бургас, Варна, В. Търново, Добрич, Кюстендил, Монтана, Перник, Плевен, Пловдив, Разград, Сливен, СЗОК, София област и Хасково, дирекция БМП в ЦУ на НЗОК е сигнализирала държавни институции: **Окръжна прокуратура, Районна прокуратура, Държавна агенция „Национална сигурност“ и Изпълнителна агенция „Медицински одит“.**

Промени в нормативната разпоредба регламентираха процедури по извършване на **„кръстосани“ проверки** – от една РЗОК на територията на друга РЗОК. На основание чл.72, ал.3 от ЗЗО са извършени самостоятелни проверки от РЗОК на територията на друга РЗОК, както следва: Варна – Шумен; Шумен – Русе, Русе – Велико Търново, Велико Търново – Плевен и Плевен – Ловеч.

Активизира се процеса за взаимодействие на осъществяване на **съвместни действия между контролните органи на НЗОК и Национална агенция по приходите (НАП).**

По отношение **работата на арбитражните комисии**, констатираме, че системата показва сериозни дефекти и функционира тромаво и в някои случаи неефективно. Това води до опорочаване и възпрепятстване на процедурата по осъществяване на контрол и законосъобразно налагане на санкции на изпълнители на болнична помощ.

Констатациите и изводите от извършените проверки през периода месец януари – месец декември 2017 г. са подробно отразени в докладите на проверяващите екипи.

Анализирайки контролната дейност на дирекция БМП за 2017 г. могат да се направят следните общи изводи и заключения от извършените проверки на лечебните заведения:

- Контролната дейност се извършва съгласно ЗЗО, НРД, Инструкция за контрол № РД-16-31/23.06.2016 г. и разработени алгоритми от дирекция БМП.
- Осъществяването на контролната дейност се извършва на база аналитичност и целенасоченост.
- Обемът на контролната дейност нарасна – включва контрол на нови клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури; нови договорни партньори; увеличаване на номенклатурата на лекарствените продукти за лечение на онкологични заболявания и др. дейности.
- Акцент на извършвания контрол са тематични проверки на територията на цялата страна на дейностите по онкология, хематология и лъчетерапия.
- Увеличи се броя на самостоятелните проверки, които имат финансов резултат, дисциплиниращия ефект и подпомогна значително контролните органи на РЗОК.
- Достъпа до медицинска помощ се осъществява, като пациентите се насочват за хоспитализация в лечебно заведение, **ако лечебната цел не може да бъде достигната в условията на извънболничната помощ.**
- Извършения внезапен контрол се осъществява най-вече като самостоятелни проверки, което гарантира оптимална конфиденциалност, повече оперативност и по-добра организация, в сравнение със съвместните проверки.
- Контролът на отчетените случаи преди заплащане (предварителен контрол) идентифицира случаи, които не следва да бъдат заплатени или подлежат на заплащане след извършване на контрол в ЛЗБП.
- Основната цел на дирекция БМП: със служителите с които разполага, да извършват пълен и обстоен контрол и анализ на медицинската и финансова дейност на лечебните заведения, на база на изискваната и предоставена от тях информация.
- С направените промени в нормативни документи се постигна оптимизиране на организацията и повишаване на ефективността на контролната дейност.

Психиатрична мрежа

През 2017 г. финансирането на психиатричната помощ, в т.ч. амбулаторно проследяване и стационарно психиатрично лечение на болни с психични заболявания се осъществява изцяло от МЗ. Финансирането на държавните психиатрични болници, които са второстепенни разпоредители с държавни кредити, се осъществява чрез бюджет, определен на исторически принцип, който не е пряко обвързан с обема на осъществяваната дейност. Дейността на ЦПЗ и МБАЛ, които са търговски дружества, се осъществява чрез субсидия, формирана на база отчетен обем дейност В съответствие с мерките за преодоляване на кадровия дефицит в системата на здравеопазване, от 01.01.2017 г. възнагражденията на работещите в ДПБ са повишени с 18,24%.

Дейността се осъществява в 3 вида лечебни заведения - 12 Държавни психиатрични болести (ДПБ), 12 Центъръра за психично здраве (ЦПЗ) и 22 Многопрофилни болници за активно лечение с разкрити психиатрични клиники и 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 клиники и отделения е 4 105. От тях 2225 (54.2%) са в държавните психиатрични болници, 1022 (24.9%) са в центровете за психично здраве и 858 (20.9%) в психиатрични клиники и отделения към МБАЛ.

Общият брой преминали болни през психиатричните стационари и обслужени лица на местата за краткотраен престой през 2017 г. е 65 262, като от тях 36.3% са преминали в центровете за психично здраве, 47.8% в многопрофилните болници за активно лечение и 15.9% в държавните психиатрични болници. Това съотношение се определя от краткосрочното и активно лечение, каквото се осъществява в центровете за психично здраве и многопрофилните болници и по-дългия срок на лечение в държавните психиатрични болници, където се 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.

Данните за дейността на ДПБ през 2017 г. сочат, че броят на леглата през 2017 г. във всички ДПБ е колкото през 2016 г. - 2225, когато са били намелени с 48 спрямо 2015 г. Има намаление на общия брой леглодни – с 12 736, както и намаление и на общия брой преминали болни – със 717, но се наблюдава значително увеличение на извършените прегледи с последваща хоспитализация или без такава (вкл. профилактични прегледи) - с 2119 и увеличение на трайно пребиваващите над 1 година в лечебните заведения със 115 души.

За диагностика и лечение на болни с психични заболявания през 2017 г. Министерство на здравеопазването субсидира 12 ЦПЗ и 22 психиатрични отделения/клиники към МБАЛ, като е разкрито 1 ново психиатрично отделение в МБАЛ Белене ЕООД. Броят на леглата в МБАЛ и ЦПЗ е намален с 465 в сравнение с 2016 г., като съответно и броят на преминалите пациенти на дневно стационарно лечение намалява с 514 души, на преминалите пациенти на стационарно лечение - с 2660 души, на проведените леглодни - със 117 750 бр., както и на проведените рехабилитационни курсове - с 5034 бр. С 824 е увеличен броят на пациентите с психични разстройства с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда, преминали спешно стационарно лечение до 24 часа.

Процесът на деинституционализация на пациентите с психични разстройства изисква броят на леглата в ДПБ, където единствено се осъществява дълготрайно болнично лечение, постепенно да намалява. В подкрепа на процеса на деинституционализация на психиатричната помощ и с цел прекратяване на дълготрайната изолация на хората с психични разстройства в болнични лечебни заведения и осигуряване на живот и лечение в общността, в Закона за лечебните заведения е създадена възможност ДПБ да регистрират социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане /дневни центрове и защитени жилища/. Към момента има регистрирани три такива услуги – в ДПБ Церова Кория, ДПБ Царев брод и ДПБ Раднево.

Причините са свързани с тенденцията за значително нарастване на невротичните, свързани със стрес и соматоморфни разстройства, депресивните разстройства и

зависимости и с факта, че част от пациентите се лекуват в амбулаторни условия. Завишен е и броят болни на задължително и принудително лечение, особено в ДПБ-Ловеч, където е единственото в страната съдебно отделение за лечение на извършили престъпления в състояние на невменяемост пациенти. Не без значение е фактът, че социалните домове за психично болни лица към МТСП не могат да осигурят в достатъчен обем ресурс и подходящи специализирани услуги и често от тези домове се насочват пациенти за прием и лечение в ДПБ, с което се увеличава броя на трайно пребиваващите.

Трансплантации

През 2017 г. продължава негативната тенденция за намаляване броя на органните трансплантации - извършени са общо 58, при 57 за 2016 г., 74 за 2015 г. и 79 за 2014 г. От извършените през годината трансплантации 40 са бъбречни, 13 са чернодробни и 5 са сърдечни трансплантации. Осъществените трансплантации на тъкани и клетки са 678, от които 99 автоложни и 579 алогенни трансплантации. Общият брой на донорите е 52, от които 9 са живи донори.

Общият брой на лицата, включени в служебния регистър за трансплантация към 31.12.2017 г., е 1104, от които нови 177 са включени през годината. В регистъра са включени и 2 894 лица за тъкани и клетки, от които нови 458 – през 2017 г.

Извършени са 2 800 имунологични изследвания, свързани със служебния регистър на ИАТ, от които 643 са за включване в регистъра и 2 157 са за актуализиране на статута на включените в него. За 2017 г. изследванията в следтрансплантационния период през първата година от трансплантацията са 1 743, а наблюдаваните лица - 168. Изследванията в следтрансплантационния период през всяка следваща година от трансплантацията са 5 636 при, а лицата са 638.

Трансфузионна хематология

Отчетените резултати през 2017 г. са аналогични в сравнение с предходните години. Общият брой кръводарявания е 37 776 при 38 925 за 2016 г.

Таблица 30. Общ брой кръводарявания

Година	Общ брой дарители	От тях		
		Безвъзмездни дарители на цяла кръв	Платени Дарители на цяла кръв	Дарители на ферезни продукти
2011	36 363	32 984	2 304	1 075
2012	37 807	34 581	1 897	1 329
2013	37 368	34 223	1 772	1 373
2014	38 055	35 322	1 409	1 324
2015	39 291	37 001	985	1 305
2016	38 925	37 031	764	1 130
2017	37 776	36 416	626	734

Фамилното кръводаряване има водещо място за подпомагане осигуряването с кръв и кръвни продукти на плановите операции в лечебните заведения в гр. София.

През 2017 г. се наблюдава запазване на процентния дял на тези кръводарявания в сравнение с този от предходната година. Процентът безвъзмездни кръводарявания от близки на болни за 2017 г. спрямо общия брой безвъзмездни кръводарявания е 82.91%: (80.98% за 2016 г.).

През последните години се забелязва засилваща се тенденция за намаляване на кандидатите за редовни /платени/ кръводарители. Обяснението е в остойностяването на дарената кръв във връзка с разпоредбите на Постановление №113 от 16 май 2007 г., прието

с Наредба за условията и реда за възмездяване и остойностяване на разходите по вземане, диагностика и преработка на кръв и кръвни съставки. За 2017 г. се наблюдава запазване на тенденцията на леко намаляване на броя на редовните (платени кръводарявания) - 734 за 2017 г. при 764 за 2016 г. Средно редовните (платени) кръводарители даряват 2.8 пъти за година. С тези кръвни продукти се отговаря на повишените изисквания. по отношение лечение го с кръв и кръвни съставки на съвременната неонатология, трансплантационна медицина и хематология.

През 2017 г. количеството преработена кръв е с 980 414 мл по-малко в сравнение с предходната 2016 г. и съответно полученият еритроцитен концентрат е с 565 550 мл. по-малко от този през 2016 г. За поредна година има затруднения с доставката на сакове по отделни позиции, което налага да се увеличи производството на еритроцитен концентрат с отстранена тромбо-левкоцитна пелена.

През 2017 г. са приготвени 1 844 (2 349 за 2016 г.) тромбоцитни концентрата от афереза. Съществуващата положителна тенденция за увеличаване търсенето на тези лечебни продукти /2011-2017 г./ е доказателство за доброто им качество. През 2017 г. не са получавани плазмени продукти от афереза поради липсата на плазмаферезни сетове.

Срещат се трудности при разблокиране и подновяване на държавния резерв, които се оказват голям проблем за трансфузионната система. Бракуваните единици през 2017 г. като цяло са повече в сравнение с 2016 г.: за трансмисивни инфекции – 292 417 мл (360 767 мл. за 2016 г.); за анти-еритроцитни антитела – 266 180 мл. (188 743 мл. за 2016 г.); технологичен брак – 39 729 мл. (47 820 мл. за 2015 г.). увеличението е за сметка на изтеглените единици заради положителен скрининг за ретроантитела и на технологичния брак. Намаляването на бракуваните единици за трансмисивни инфекции се обяснява с отстраняването на положителните донори още на етапа на регистрация. Няма бракувани единици заради изтекъл срок на годност.

Броят на изследванията на кръводарители е с 58 934 по-малко в сравнение с 2016 година. Броят на изследваните кръводарители в сравнение с предходната година е с 1 149 по-малко. Намаляването на броя на изследванията през 2017 г. е пропорционално на намаляване на броя на кръводарителите.

Броят на изследваните пациенти и бременни е намален с 9 154 в сравнение с 2016 г. същевременно е намален броят на извършените изследвания - с 52 489. Намалението по видове изследвания е както следва: кръвни групи АВО- с 6 213 изследвания; Rh фактор – с 5 223 изследвания; Rh фенотип - с 74 изследвания; определяне специфичността на антителата - с 31 753 изследвания; търсене на съвместима кръв - с 5 671 изследвания. Увеличение има само при изследванията за търсене на изследванията за диагностика и профилактика на хемолитичната болест на новороденото (ХБН) - с 315 и на изследванията за кръвногрупова паспортизация - с 2 броя. Намаляването на броя на изследванията на пациенти се дължи на по-малкия брой лечебни заведения за болнична помощ, с които НЦТХ имаше сключени договори през 2017 година за извършване на имунохематологична диагностика.

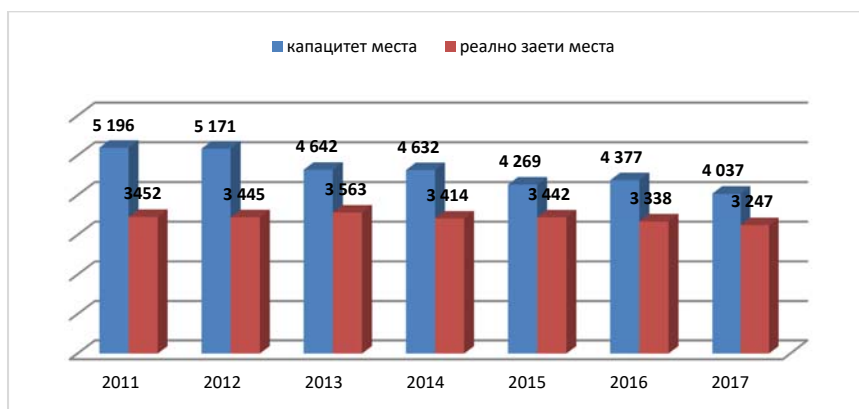
2.5.5. Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост

- **Програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти**

Към 31.12.2017 г. в страната функционират 30 програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти с общ капацитет 4 037 лечебни места, от които 3 822 за лечение с Метадон хидрохлорид, 196 за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 19 места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид. Общо заетите места са 3 247, от които 3 124 на лечение с Метадон хидрохлорид, 123 на лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол), няма заети места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид. Териториално програмите са разположени на територията на 13 града от 14 за 2016 г.

През 2017 г. се запазва тенденцията за намаляване на броя на разрешените места за лечение спрямо предходните години, като това важи и за трите лекарствени продукта – Метадон, Субститол и Бупренорфин. Като цяло намалението е с 337 пациента или 8% спрямо 2016 г.

Фигура 40. Капацитет/заети места



Общият брой на държавните и на общинските програми, който е 9 се запазва и през 2017 г., но капацитетът на разрешените места за този вид програми продължава да намалява. През 2016 г. е 1310, а през 2017 г. вече е 1285 места. Броят на програмите без държавни и/или общинско участие през 2017 г. намалява с 2, общия брой на разрешените места също намалява със 315 (3067 разрешени места през 2016 г., на 2752 през 2017 г.).

- **Психо-социална рехабилитация**

През 2017 г. в България работят 14 програми за психо-социална рехабилитация на лица зависими към наркотични вещества в следните градове: София и област, Варна, Пловдив, Русе, Добрич и Велико Търново. Програмите са разкрити към лечебни заведения и към организации с нестопанска цел, регистрирани като доставчици на социални услуги.

Лечебните заведения, към които функционират рехабилитационни програми през изминалата година са 5: четири програми към ЦПЗ в градовете Русе, Добрич, Пловдив и Велико Търново, и една към ДПБЛНА – гр. София. Това са дневни средно-срочни (5 дни в седмицата за период от 4 до 6 месеца) програми за интензивна извън-болнична терапия и психо-социална рехабилитация, които осигуряват усвояването на социални умения и изграждане на поведение, предпазващо от рецидив към ПАВ.

Общият капацитет на програмите за психо-социална рехабилитация в България е 283 места. Потърсилите помощ, подкрепа, консултация или информация за предлаганите услуги в тях през 2017 г. са 734 лица, от които 708 са били приети за лечение (със 128 повече от 2016 г.). По-голяма част от пациентите са мъже (498). От общо 734 клиенти/пациенти пълна програма на психо-социална рехабилитация са завършили 365 лица (с 53 повече от 2016 г.), докато прекъсналите преждевременно лечебния процес са 237 (с 56 повече от предходната година).

Стандартната програма за рехабилитация на зависимости е 9-12месеца. Според данните от годишните отчети на действащите програми, средно престоят на участниците в процеса на рехабилитация е 6,7 месеца при средна обща продължителност на програмата 11 месеца. В по-голямата си част клиентите/пациентите отпадат поради финансови причини, започване на работа, ниска мотивация за промяна или липса на такава, отказ от лечение, загуба на контакт, насочване към други лечебни/терапевтични звена.

Най-висок е броят на клиентите/пациентите с комбинирана употреба (246 лица), както и употребата на алкохол (236 лица), в по-малка степен с употреба на опиати, синтетични наркотици, канабис, както и кокаин, медикаменти и халюциногени.

Съществуващите програми за лечение и психо-социална рехабилитация са недостатъчни за покриване на нуждите от лечение, рехабилитация и ресоциализация на зависими лица на национално ниво. От около 30 000 български граждани, които имат нужда във връзка с употреба на наркотици през лечебната система минават едва около 7 000 годишно. Малкият брой общински и държавни лечебни програми ,безплатни за пациента и изцяло платените психо-социални програми са недостъпни за голяма част от зависимите лица нуждаещи се от лечение и психо-социална рехабилитация.

Навлизането на нови наркотични вещества и по-засилената употреба на стимуланти и канабис предполагат разработването на насоки за лечение и рехабилитация, съобразени с видовете и начини на употреба на наркотици, включително и подходи, насочени към малолетни и непълнолетни.

2.5.6. Спешна медицинска помощ

И през 2017 г. усилията на Министерство на здравеопазването бяха насочени към подобряване на условията и осигуряване на равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ в съответствие с най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност. Основните приоритети и мерките за изпълнение на тези ангажименти са заложи в Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г. и в Националната здравна стратегия 2020. Те са свързани с подобряване на структурата и материално-техническа обезпеченост, осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси, осигуряване на ефективна организация, координация и управление, и гарантиране на финансовата устойчивост на системата за спешна медицинска помощ.

Във връзка с осигуряването на добра материално-техническа база и оборудване на системата за спешна помощ Министерството на здравеопазването, като бенефициент по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020, работи върху проект по Приоритетна ос 4 "Регионална здравна инфраструктура". По проекта ще бъдат направени инвестиции в здравна инфраструктура с цел подобряване на условията за предоставяне на адекватна спешна медицинска помощ. Проектът предвижда да бъдат закупени съвременни санитарни превозни средства, осигурени с комуникационно и друго оборудване и медицинска апаратура за спешна медицинска помощ и възможност за отдалечени консултации (телемедицина), както и да бъде извършено строителство, реконструкция и ремонт на филиалите на ЦСМП.

През 2017 г. стартира подготовката за изготвяне на проектно предложение „Придобиване на вещни права на имоти, свързани с изграждане и преустройство на структури на ЦСМП“. Бяха изготвени и технически спецификации за доставка на апаратура и линейки за нуждите на центрове за спешна медицинска помощ. Проектното предложение е предадено за оценка към управителния орган и Европейската комисия.

Във връзка с изпълнението на проекта са предприети действия за решаване на дългогодишния проблем със собствеността на филиалите, като през 2017 г. приключиха процедурите по договаряне на по-голямата част от обектите. Изготвена е и оценка на потребностите от оборудване и ремонтни дейности на останалите обекти, които да се финансират по ОПРР 2014-2020. В резултат на проведена обществена поръчка с предмет „Избор на изпълнител за подготовка на проектно предложение за кандидатстване с голям инвестиционен проект за подкрепа на спешната медицинска помощ по ОПРР 2014-2020“ е избран изпълнител и стартира изпълнението на договор за анализ на съществуващите структури в системата за спешна помощ и изготвяне на проектни предложения за необходимата инфраструктура.

Министерство на здравеопазването продължи политиката за опазване и развитие на човешките ресурси в системата чрез създаване на благоприятни условия на труд, добро заплащане, обучение и ясни възможности за кариерно развитие, сигурност и безопасност

на работното място, като през 2017 г. бюджетът за персонал на ЦСМП беше увеличен със 8 000 000 лв. По този начин за периода 2015-2017 г. увеличението достигна 40% спрямо 2014 г. В резултат на предприетите мерки вече се наблюдава положителна тенденция за увеличаване броя на постъпилите на работа в ЦСМП, като за 2017 процентът незаети щатни бройки се движи между 6 и 7 %.

Стартира изпълнението на проект за обучение на работещите в спешната медицинска помощ. Проект BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешни състояния“ е одобрен и ще се финансира по ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г. Проектът ще осигури подкрепа на работещите в системата за спешна медицинска помощ за придобиване на специфични знания, умения и ключови компетентности. В рамките на проекта ще се осигури оборудването за Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ и ще се проведе обучение на служителите от системата за спешна медицинска помощ.

В средата на 2017 г. започна структурирането на Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ (НЦОКСМП), като беше проведен конкурс за директор и бяха назначени служители. Като първа задача, стояща пред новосъздадения център, бе да идентифицира областите на обучение на работещите в ЦСМП, като след анализ на екипа на центъра беше преценено, че подходяща тема за обучение е „Подобряване на уменията за провеждане на телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж на работещите в Районните координационни централи на ЦСМП“. Обучението има за цел да установи настоящото ниво на тези умения и прилагането на утвърдените със заповед на министъра на здравеопазването Протоколи за телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж и да подобри тези умения чрез теоретични и практически занятия. В тази връзка екипът на центъра стартира разработване на учебна програма за обучение на тема „Телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж“ и подготвяне на предложение за планиране на обучителен курс с продължителност 12 часа на работещите в РКЦ на ЦСМП, който да се проведе в гр. София. Подготвени бяха учебни материали, включващи Класъор с протоколите и инструкциите за телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж, направени в удобен за ползване в практическата работа вид и Ръководство за практическо и теоретично обучение на работещи в Районна координационна централа на център за спешна медицинска помощ. Изготвен беше и план за провеждане на обучението, съгласуван с националния консултант по спешна медицина и Министерство на здравеопазването

В изпълнение на мерките, залегнали в стратегическите документи, са предприети и действия за подобряване на организацията на дейностите по оказване на спешна медицинска помощ. Във връзка с това през 2017 г. беше приета Наредба № 3/2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“, с която се регламентира обемът и обхватът на спешната помощ, предоставяна на всеки български гражданин и обезпечена със средства от държавния бюджет. Със стандарта е въведена система за триаж на спешно болните, норми за време за изпълнение на спешните повиквания, протоколи и алгоритми на поведение, касаещи спешния пациент. С нормативния акт са регламентирани и изискванията за състава и за професионалните компетентности на членовете на спешните екипи, като е създадена възможност мобилните и стационарните екипи да бъдат допълвани с професионални специалисти (парамедици).

Във връзка с измененията в Закона за лечебните заведения, с които периодът на атестиране на директорите на ЦСМП се промени от три на една година, през 2016 г. беше изменен и Правилника за устройство и дейност на център за спешна медицинска помощ. В съответствие с нормативните промени, през 2017 г. бяха актуализирани вътрешно-нормативните документи на всички ЦСМП. Утвърдена е осъвременена методика за процедурата на атестиране, съответстваща на съвременните изисквания за компетентност

и добро управление, а атестацията на всички директори на ЦСМП приключи на 17 януари 2017 г.

През 2017 г. са осъществени дейности по диагностика и лечение на спешни състояния, като приетите повиквания са 750 852, а изпълнените повиквания от екипите на Центровете за спешна медицинска помощ са 731 044 (97,36% от приетите повиквания). Изпълнението през 2017 г. показва намаление на броя на повикванията спрямо предходната година, когато са отчетени съответно 752 849 приети и 732 342 (97,28%) изпълнени повиквания. Извършените амбулаторни прегледи през 2017 г. са 569 088, при 580 736 през 2016 г., а извършените реанимации са 3 734, при 3 824 през предходната година.

Част от дейностите в системата са свързани с осигуряването на специализиран медицински транспорт за републикански консултанти, кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура между лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ, както и транспорт за спешно болни с показания за наземен и въздушен транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения в страната и чужбина. Осъщественият транспорт за републикански консултанти през 2017 г. в брой е 432, като намалява в сравнение с 2016 г., когато е бил 509. Осъщественият специализиран транспорт за кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура е 3 252 при 3 484 броя през предходната година. Транспортът за спешно болни с показания за транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения за периода са 9 686 при 11 464 броя през 2016 г., като тук се включва транспорт от лечебни заведения за болнична помощ с по-ниско ниво на компетентност към такива с по-високо. Незначителен е броят на осъществения медицински въздушен транспорт за нуждите на спешна медицинска помощ за периода – 8 броя, а броят на случаите на транспортирани български граждани извън страната-7.

През 2017 г. системата за спешна медицинска помощ продължава да изпълнява значителна по обем дейност, която не попада в обхвата на конкретната дейност по оказване на спешна медицинска помощ, като и при тези показатели се наблюдава спад. През годината са взети 5 846 проби за алкохол, при 7 356 бр. през 2016 г. Броят са транспортите на трупове, подлежащи на съдебно-медицинска експертиза, от мястото на произшествието до съответното лечебно заведение за болнична помощ, в случаите на инцидентно настъпила смърт на обществени места е 2 833, при 2 966 бр. през 2016 г.

Наблюдава се тенденция за намаляване на всички показатели, свързани с дейността на центровете за спешна медицинска помощ, което е пряко свързано с прецизирането на обслужваните случаи.

Преминалите болни през спешните отделения, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, са 747 203 при 704 319 за 2016 г. и 668 150 за 2015 г. Извършените консултации от лечебни заведения за болнична помощ, които нямат разкрити спешни отделения, по искане на екипите на ФСМП, са 42 130 през 2017 г., при 39 506 за 2016 г. и 35 336 за 2015 г.

2.5.7. Качество и ефективност на медицинската помощ и безопасност на пациента

Контролна дейност

За отчетния период ИАМО е осъществила контрол, чрез извършване на проверки в **651** подконтролни обекта, с обхват на **781** одитни задачи, от които: 317 в лечебни заведения; 2 в Националната здравноосигурителна каса; 9 в Районните здравноосигурителни каси (3 от тях в Софийска районна здравноосигурителна каса); 2 в ТЕЛК и 5 в доброволни здравноосигурителни фондове. **554** проверки са извършени в лечебни заведения за болнична медицинска помощ и **201** в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ.

Извършени са **557** проверки по сигнали и жалби, насочени към ИАМО от:

- Прокуратура и ОД на МВР – **32 проверки;**
- Министерство на здравеопазването – **220 проверки;**
- Здравноосигурителни фондове – **17 проверки;**
- Граждански лица и организации – **258 проверки.**

Проверките по сигнали от здравноосигурителните фондове са обезпечени с ресурси на ИАМО (Табл. 31).

Таблица 31. Проверки по сигнали на ЗОФ

Застрахователна компания	Човекочасове (часа)	Командирова възрастни средства (лева)	Работна заплата (лева)	Транспорт (лева)	Всичко разходи за проверката (лева)
ЗК Медико 21 АД	132	600.00	1177.50	154.80	1932.30
ОЗОФ Доверие ЗАД АД	980	5320.00	8086.25	769.31	14176.16
Всичко разходи	1112	5920	9263.75	924.11	16108.46

Извършеният анализ налага извода, че ИАМО е извършила разход на публични средства в размер на 16 108.46 лв. за изпълнение на проверки, възложени от здравноосигурителните фондове, относно решаване на възникнали проблеми при отказ от възстановяване от тяхна страна на здравни плащания по договор.

Най много нарушения са допуснати нарушения при изпълнението на нормите на:

- Чл. 86, ал. 1, т. 1 от Закона за здравето „Като пациент всеки има право на:...1. зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните му права“ – **49 нарушения;**

- Чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето „Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи: своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ“ - **86 нарушения;**

- Спазване на приложимите медицински стандарти - **65 нарушения;**

- Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ - **50 нарушения.**

Административно-наказателна отговорност

В резултат от реализираната контролна дейност през 2017 г. правното и процесуалното обслужване е както следва:

- съставени актове за установяване на административни нарушения – 291 бр. за **338** констатирани нарушения;

- издадени наказателни постановления (НП) – 253 бр.;

- издадени наказателни постановления, срещу които е подадена жалба – 121 бр.;

- обжалвани наказателни постановления, които са отменени с влязло в сила съдебно решение – 60 бр.;

- обжалвани наказателни постановления, които са изцяло потвърдени и/или изменени с влязло в сила съдебно решение – 56 бр.;

- висящи съдебни производства – 142 бр.;

- административно-наказателни производства, при които нарушението е определено като маловажен случай по смисъла на чл. 28 от Закона за административните нарушения и наказания – 10 бр.;

- административно-наказателни производства, прекратени по реда на чл. 54 от Закона за административните нарушения и наказания – 8 бр.;

- спрени административно-наказателни производства на основание чл. 43, ал. 6 от Закона за административните нарушения и наказания – 3 бр.;

- не са налице прекратени производства на основание чл. 33, ал. 2 от Закона за административните нарушения и наказания и респ. изпращане на материалите до съответния прокурор;
- не са налице прекратени административно-наказателни производства на основание неиздадени наказателни постановления в срока по чл. 34, ал. 3 от Закона за административните нарушения и наказания.

Таблица 32. Сравнителен анализ на резултатите от завършилите със съдебни решения дела

Година	Общ брой обжалвани НП	Потвърдени и изменени НП с влезнал в сила съд. акт	Отменени НП с влезнал в сила съд. акт	Приложение на чл. 28 от ЗАНН (маловажност)	Прекратени АНП по реда на чл. 54 от ЗАНН
2015 г.	117	40	48	14	16
2016 г.	144	39	78	17	28
2017 г.	121	56	60	9	13

Забележка: Броят АУАН е абсолютно число и не съответства на броя на установените нарушения, тъй като един АУАН може да съдържа повече от едно установено нарушение.

Приложението на чл.28 от ЗАНН означава, че производството е правилно, има нарушение, но административнонаказващия орган е преценил, че нарушителят е възприел правилно тежестта на извършеното от него нарушение и в бъдеще ще се въздържа от допускането на такова нарушение, ще вземе и/или е взел превантивни мерки за предотвратяване на нарушения въобще.

Съгласно чл. 54 от ЗАНН, когато се установи, че деянието не е нарушение /напр. при отменени медицински стандарти/, че нарушението не е извършено от лицето, посочено като нарушител, или че то не може да му се вмени във вина, наказващият орган прекратява преписката с мотивирана резолюция.

При сравнителен анализ на резултатите за 2015 г., 2016 г. и 2017 г. от завършилите с влезли в сила съдебни решения дела прави впечатление, че потвърдените и изменени наказателни постановления през **2017 г. са общо 56 броя, което е с 17 броя повече от потвърдените и изменени постановления през 2016 г. и с 16 броя повече от тези през 2015 г.** При същия анализ се установява, че **отменените наказателни постановления през 2017 г. са с 18 броя по-малко от отменените през 2016 г.**

Заключение: независимо от нееднозначното тълкуване и прилагане на нормативната уредба от съдилищата в Република България, множеството отменени наредби, с които са утвърдени медицински стандарти, бланкетността на определени разпоредби, усилията на агенцията насочени към подобряване и постоянно усъвършенстване на знанията и уменията на служителите са резултативни.

2.6. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика

В съответствие с поставените цели в програмните и стратегически документи на правителството, през 2017 г. са инициирани законодателни промени целящи усъвършенстване на нормативната база в областта на лекарствените продукти, отговарящи на правото на Европейския съюз.

С приетия от Министерски съвет проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, внесен в Народното събрание на 20.12.2017 г. се предлагат промени в следните основни насоки:

- създаване на условия и ред за прилагане на чл. 83 от Регламент (ЕО) № 726/2004 на Европейския парламент и Съвета относно лечението с лекарствен продукт за състрадателна употреба;

- регламентиране на мерки за наблюдение на лекарствени продукти и за ограничаване на износа им при необходимост;

- оптимизиране на дейността по провеждане на клинични изпитвания и създаване на условия за прилагане на Регламент (ЕС) № 536/2014 на Европейския парламент и на Съвета относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба, и за отмяна на Директива 2001/20/ЕО (ОВ L 158/2014) (Регламент (ЕС) № 536/2014);

- мерки за намаляване на административната тежест за бизнеса.

Провежданата лекарствената политика е насочена към налагането на ясни правила за участниците на фармацевтичния пазар и прилагането на добри европейски практики при ценообразуването на лекарствените продукти и по-рационално използване на публичните средства за здравеопазване.

В областта на осигуряване на достъпа до ефективно лекарствено лечение и рационално използване на публичния ресурс са създадени условия за подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси чрез прилагане на оценка на здравните технологии за иновативни лекарствени продукти, основаващи се на научни доказателства.

Провежданата лекарствената политика през 2017 г. цели създаването на баланс между необходимостта от реимбурсиране на иновативни лекарствени продукти и нуждите на пациентите, съобразявайки се с анализа на съществуващите терапевтични алтернативи и с ограничените финансови ресурси. Процедурните и управленските механизми на системата за ценообразуване и реимбурсиране се стремят да гарантират, че добавянето на нови лекарства в Позитивния лекарствен списък се основава на оценка на ефективността на разходите, въздействието върху бюджета и конкретно разглеждане на необходимите условия за икономически целесъобразно предписване.

Провежданата рационалната лекарствена употреба е подкрепена от нормативното изискване за разработване на фармако-терапевтични ръководства и въвеждането им в практиката. Въведени в практиката са Фармако-терапевтични ръководства по медицинска онкология, по клинична хематология и онкология, по нервни заболявания, по очни болести, по гастроентерологични заболявания; по нефрология и диализа; по психични заболявания. Като резултат през 2017 г. НСЦРЛП е приел още 2 нови фармако-терапевтични ръководства: Фармако-терапевтично ръководство по ендокринология и болести на обмяната и по кожни и венерически болести. Така общият брой на утвърдените ръководства по медицински специалности в края на 2017 г. са общо 9 бр.

Поради голямата значимост на Директива 2011/62/ЕС на Европейско ниво и комплексния характер на системата за верификация на лекарствените продукти, през 2017 г. продължи процеса по изработване и въвеждане на националната система за верификация на лекарствените продукти за хуманна употреба по отношение на недопускане на навлизането на фалшифицирани лекарствени продукти в законната верига за доставки в съответствие с поставения срок.

Продължи процеса по въвеждане в експлоатация на електронната платформа за лекарствени продукти, която ще даде възможност за по-бърз и качествен отговор на нуждите на възложителите, за увеличаване на конкуренцията и за постигане на по-изгодни условия за възложителите в сектора. Разширеното използване на електронни способи и средства и интегрирането на платформата със съществуващите електронни регистри ще допринесе в значителна степен и за ефективното противопоставяне и недопускане на корупция в сектора.

Ценообразуване и реимбурсиране на лекарствени продукти

Осъществява се от Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти /НСЦРЛП/, създаден с изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина /обн. в ДВ бр. 102 от 2012г., в сила от 21.12.2012г./.

НСЦРЛП извършва включване и изключване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък (ПЛС), които се реимбурсират с публични средства (от НЗОК, МЗ и лечебни заведения с държавно и/или общинско участие).

Като резултат от дейността на Националния съвет през 2017 г. са постигнати следните **значими резултати:**

1. Нови INN, включени в Позитивния лекарствен списък

През периода 01.01.2017 г. – 31.12.2017 г. в ПЛС са включени 48 лекарствени продукти, които принадлежат към 32 нови международни непатентни наименования (INN) в следните терапевтични области: гастроентерология, пулмология, кардиология, офталмология, гинекология, ревматология, психиатрия, неврология, ендокринология, хематология, онкология, нефрология и инфекциозни болести.

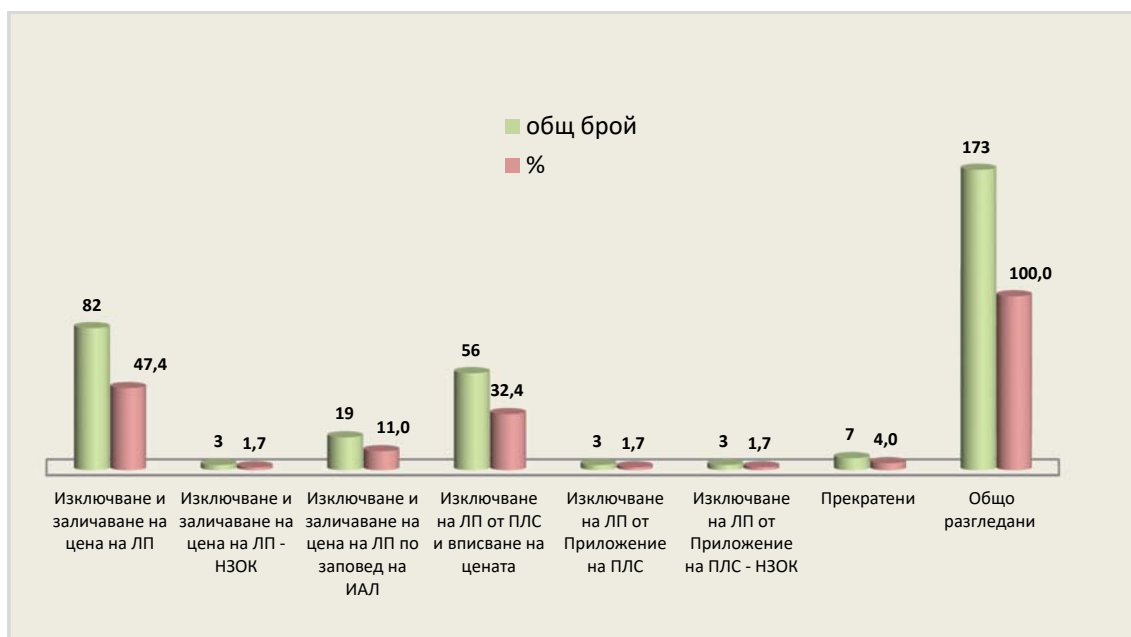
Изключени лекарствени продукти от ПЛС

През 2017 г. Националният съвет по цени и реимбурсиране е разгледал 173 процедури за изключване на ЛП от ПЛС, като от тях 77 процедури са прекратени.

Процедурите за 2017 г. се разпределят както следва:

- 82 разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена;
- 3 разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена по предложение на НЗОК/МЗ;
- 19 разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена по заповед на ИАЛ за прекратяване на разрешението за употреба;
- 56 разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС и вписване на цената в регистъра на пределните цени;
- 3 разгледани процедури за изключване на ЛП от Приложение на ПЛС;
- 3 разгледани процедури за изключване на ЛП от Приложение на ПЛС по предложение на НЗОК;
- 7 Прекратени

Фигура 41. Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС



Източник: НСЦРЛП

От всички изключени лекарствени продукти от ПЛС, най-голямата група са предназначени за лечение на онкологични заболявания и неврологични заболявания. Втората група е тази на ЛП, предназначени за лечение на сърдечно-съдови заболявания, следвани от ЛП от групата на антиинфекциозните лекарства. От всички изключени ЛП 53 са носители на референтна стойност. Тридесет и три лекарствени продукта, които са заличени от ПЛС са били единствени със съответната лекарствена форма и концентрация, но Международното непатентно наименование продължава да присъства в ПЛС.

Заличени от ПЛС са 11 международни непатентни наименования, като 5 от тях са вписани в Регистъра на пределните цени, отпускани по лекарско предписание и по този начин са налични на пазара.

Терапевтичните области на изключените международни непатентни наименования са разнообразни – гастроентерология / лечение на пептична язва, лечение на хроничен вирусен хепатит С (СНС)/, онкология / карцином на пикочния мехур, аденокарцином на млечната жлеза/, неврология /болка, възстановяване от невромускулна блокада/, антиинфекциозни и антимикотични средства, кардиология /намалява риска от инфаркт при пациенти с нестабилна стенокардия/, като нито един от заличените INN не е без алтернатива за лечение на съответното заболяване.

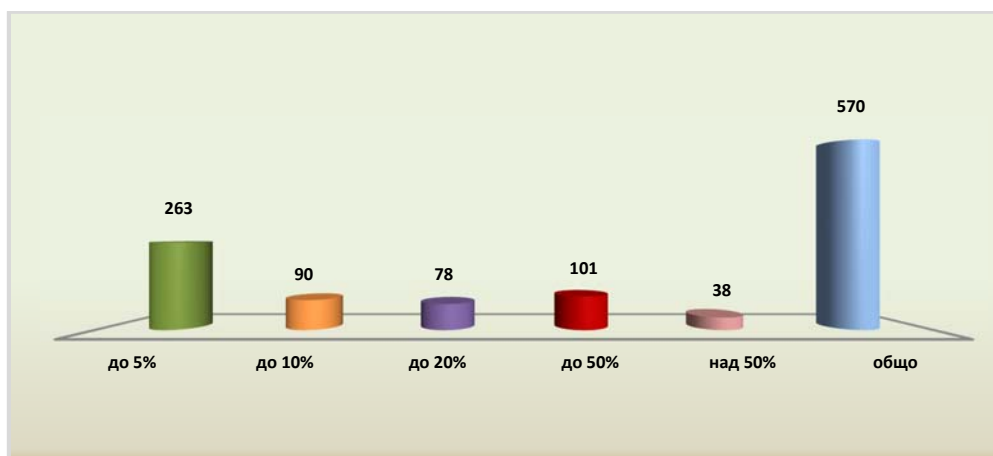
Най-честите причини за изключване на лекарствени продукти и заличаване на цената са прекратяване на разрешението за употреба, спиране на производството им, неподдържане на реимбурсен статус и намаляване на цената на ЛП вследствие външното рефериране.

За сравнение – през предходната 2016 г. са изключени 498 бр. лекарствени продукти от ПЛС.

2. Намалени цени на лекарствени продукти

За периода от 01.01.2017 г. до 31.12.2017 г. са влезли в сила решения за намаляване цената на 570 лекарствени продукта. Преобладаваща част от намаленията се дължат на нормативното изискване за проверка на цените на лекарствените продукти на период 6 месеца/ 12 месеца. Три от референтните държави – Румъния, Гърция и Словакия са с най-голям относителен дял при намалението на цените.

Фигура 42. ЛП с влезли в сила решения за намаление на цена и процент намаление за периода 01.01.2017-31.12.2017 г.



Източник: НСЦРЛП

За сравнение – през предходната 2016 г. са влезли в сила решения за намаляване на 769 бр. цени на лекарствени продукти.

3. Анализ на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК и МЗ

Анализът оценява влиянието на изменението на референтната стойност за ДДД, което рефлектира върху стойността на окончателна опаковка, изчислена на база референтна стойност, респективно върху стойността, заплащана от НЗОК/МЗ. Изменението на стойността, заплащана от НЗОК/МЗ е изчислено въз основа на предоставени справки от заплащащите институции за периода 01.01.2017-31.12.2017 г. Приложена е изготвената и приета от НСЦРЛП методика за оценка влиянието на референтната стойност върху разхода на публични средства. Анализирани са всички лекарствени продукти с настъпила промяна в референтната стойност в Приложение 1 на ПЛС, лекарствените продукти, предназначени за лечение на онкологични заболявания в Приложение 2, както и лекарствените продукти, заплащани от МЗ.

Основните фактори, оказващи влияние върху изменението на референтната стойност за ДДД на лекарствените продукти в ПЛС са:

- включване на генерични лекарствени продукти;
- намаляване на цените на лекарствените продукти в резултат на външното ценово рефериране;
- изключване на лекарствени продукти

I. Лекарствени продукти, включени в Приложение № 1 на ПЛС:

Анализът на изменението на референтната стойност за ДДД на лекарствените продукти, включени в Приложение 1 на ПЛС, показва промяна на референтната стойност при 170 INN, което е довело до намаляване на стойността, заплащана от НЗОК общо с **16 020 611** лева.

За определяне стойността на заплащане на лекарствените продукти същите са групирани по INN и лекарствена форма и е изчислена референтна стойност за ДДД.

Намаление на референтната стойност за ДДД е отчетено при 149 INN и се дължи на:

- намаляване цените на лекарствените продукти;
- включване на генерични лекарствени продукти.

В зависимост от нивото на реимбурсиране понижаването на референтната стойност за ДДД по INN е както следва:

- 74 INN с ниво на реимбурсиране 100%,
- 18 INN с ниво 75%,
- 47 INN с ниво 50%,
- 10 INN с ниво 25%.

Понижаването на референтната стойност е в границите от 0.003% до 71.87% и е довело до общо намаляване на стойността, заплащана от НЗОК с **16 314 450 лева**, като:

- 10 665 693 лв. е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 100%;
- 2 304 152 лв. е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 75%;
- 3 061 147 лв. е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 50%;
- 283 458 лв. е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 25%.

Намаляването на цените на ЛП е довело до понижаване на референтната стойност за ДДД в 117 INN, което от своя страна е намалило стойността, заплащана от НЗОК с **11 134 090** лв.

Едно от съществените намаления на стойността на заплащане за лекарствени продукти от публичния фонд се дължи на включването на **първи** генеричен лекарствен

продукт през отчетния период. В 5 INN е включен първи генерик в резултат на което стойността, заплащана от НЗОК се е намалила с **3 376 370** лв.

В останалите 27 INN понижаването на референтната стойност за ДДД се дължи на косвеното влияние на намалението на референтната стойност на един от монопродуктите при комбинираните лекарствени продукти, както и на включването на други генерични лекарствени продукти в групите с по-ниски цени. В резултат на това стойността, заплащана от НЗОК се е намалила с 1 803 990 лева.

Увеличение на референтната стойност за ДДД е установено при 21 INN в Приложение 1 на ПЛС, като от тях 6 INN са с ниво на реимбурсиране 100%, 9 INN с нива на реимбурсиране 50 % и 6 INN с ниво на реимбурсиране 25%. Вследствие на това, стойността, заплащана от НЗОК се е увеличила с **293 839 лева**.

Причините за отчетеното увеличение на референтната стойност са:

- Изключване на лекарствен продукт от ПЛС, носител на референтната стойност при 17 INN;
- Изключване на една от съставките на комбиниран лекарствен продукт от ПЛС - 1 INN;
- Промяна на цена – 2 INN, от тях 1 по Решение на АССГ;
- Ново групиране – 1 INN.

II. Лекарствени продукти, заплащани от НЗОК, извън стойността на клиничната пътека, включени в Приложение № 2 на ПЛС (ЛП, предназначени за лечение на онкологични заболявания).

От анализираниите 102 INN, при 56 INN е установено изменение на референтната стойност за ДДД, което е рефлектирало общо в намаляване на стойността, заплащана от НЗОК с **6 943 027** лева. Промяната на референтната стойност за ДДД се дължи на различни фактори и се разпределя както следва:

- намаляване на цената на лекарствени продукти, носители на референтната стойност в 45 INN;
- включване на нов лекарствен продукт в 1 INN;
- включване на първи генеричен лекарствен продукт в 4 INN;
- изключване на лекарствени продукти в 6 INN;

Намалението на референтната стойност за ДДД е в границите от **0,04 % до 69,99 %**.

В резултат на понижаването на референтната стойност за ДДД, стойността, заплащана от НЗОК се е намалила общо с **7 942 088 лева**.

При 6 INN през отчетния период е установено увеличение на референтната стойност на ДДД поради изключване на лекарствени продукти от Приложение 2 на ПЛС. В резултат на това, стойността заплащана от НЗОК се е увеличила с **999 061 лв**.

III. Лекарствени продукти, включени в Приложение № 3 на ПЛС:

Лекарствените продукти, заплащани със средства от бюджета на МЗ се закупуват по реда на Закона за обществените поръчки, а реалното изпълнение на договора за покупко-продажба се осъществява на база заявени количества от лечебните заведения.

От анализираниите 29 INN, при 11 INN е установено понижаване на референтната стойност в границите от 0.2 % до 53,42 %, което е довело до намаляване на стойността, заплащана от МЗ общо с **751 559** лв. Понижаването на референтната стойност е в резултат на:

- намаляване цената на лекарствени продукти в 8 INN;
- включване на първи генеричен лекарствен продукт в 3 INN;

Включването на генерични лекарствени продукти в INN – Darunavir; Tenofovir disoproxil и Emtricitabine, Tenofovir disoproxil е довело до понижаване на референтната

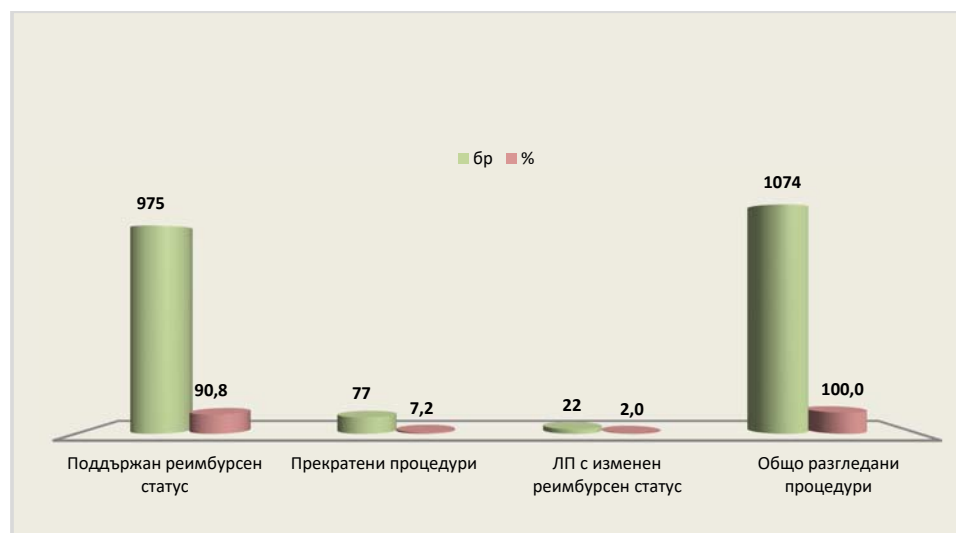
стойност за ДДД съответно с 29,26%, 53,11% и 53,42%. В резултат на това стойността, заплащана от МЗ се е намалила с **715 021 лева**. **Най-съществено е намалението на стойността, заплащана от МЗ при INN Emtricitabine, Tenofovir disoproxil, а именно с 671 402 лева**

4. Поддържане на реимбурсен статус на лекарствените продукти в ПЛС

През 2017 г. разгледаните заявления за поддържане на реимбурсен статус са 1074 и се разделят както следва:

- **975** заявление за ЛП с издадени решения за поддържане на реимбурсен статус, от които за 5 ЛП са издадени решения за поддържане на реимбурсен статус в едно от Приложенията на ПЛС и е постановен отказ за поддържане на реимбурсния статус от друго Приложение на ПЛС и ЛП е изключен от съответното приложение;
- **77** прекратени процедури за поддържане на реимбурсен статус, от които по 15 процедури ЛП са и изключени от ПЛС и е заличена цената;
- **22** ЛП с издадени решения за изменение на реимбурсен статус.

Фигура 43. Разгледани заявления за поддържане на реимбурсен статус през 2017



5. Утвърдени Фармако-терапевтични ръководства

НСЦРЛП утвърждава фармако-терапевтични ръководства и алгоритми за лечение с лекарствени продукти на основание чл. 259 от ЗЛПХМ. През 2017 г. НСЦРЛП прие на свое заседание 2 бр. Фармако-терапевтични ръководства, както следва:

- Фармако-терапевтично ръководство по ендокринология и болести на обмяната;
- Фармако-терапевтично ръководство по кожни и венерически заболявания.

6. Информационна система за електронно управление на НСЦРЛП

Националният съвет е първата администрация в сектор „Здравеопазване“, която е внедрила Уеб-базирана Информационна система за електронно административно обслужване и предоставяне на достъп до информация.

Националният съвет е реализирал модерна концепция за предоставяне на e-услуги и e-регистри, и e -управление базирано на интегриран подход.

Внедрената архитектура на Информационната система поддържа:

- ✓ Електронни публични регистри на Позитивния лекарствен списък, електронни административни услуги и Административно-информационна система;

- ✓ Средства за интернет достъп и мобилен уеб-интерфейс до съдържанието на публичните регистри, включително Позитивния лекарствен списък;
- ✓ Функционална възможност за онлайн търсене на информация за лекарствени продукти по множество критерии от данни, предназначена за специалисти и неспециалисти;
- ✓ Предоставяне на данни в машинно четим вид, чрез услугата „Web-service“, от която е реализирана платформата на Министерство на здравеопазването: „Електронна система за закупуване на лекарствени продукти за нуждите на лечебните заведения в Република България“, обменът на данни с НЗОК, лечебни заведения, аптеки и др.

Успешното реализиране на проекта оказва трайно въздействие върху целевите групи на Съвета - гражданите и бизнеса, чрез удовлетворяване на техните потребности:

- Подобряване и улесняване на достъпа до административните услуги и оптимизиране работата на администрацията – чрез въвеждане на електронни административни услуги, което трайно гарантира качествено ново и по-високо ниво на обслужване на бизнеса (фармацевтичните компании);

- Повишаване информираността на населението, вкл. осигуряване на ефективен обществен контрол върху цените на лекарствените продукти и защита интересите на обществото – чрез предоставяне на публичен, улеснен, електронен и мобилен достъп до публичните регистри, вкл. на Позитивния лекарствен списък.

Управлението и администрирането на Информационна система стимулира използването и предоставянето на електронни административни услуги, намалява времето за административно обслужване, облекчава административните режими, подобрява интеграцията с други системи и средствата за автоматизирано извличане на информация от регистри, за целите на еднократно събиране на данни и тяхното многократно използване.

За постигнатите резултати Националният съвет в областта е отличен със следните престижни награди: "Иновации в държавната администрация" на Българската Асоциация по Информационни Технологии; "Технологични решения за открито управление" на Института по публична администрация.

Организационна структура и протичане на процеса по Оценка на здравните технологии (ОЗТ)

С цел осигуряване на достъпа на пациентите до нови здравни технологии и обективизиране на вземането на решения относно включването им в Позитивния лекарствен списък на базата на оценката на здравните ползи, фармако-икономическите показатели и оценка на въздействието върху бюджета на плащащите институции бе стартиран процеса по оценка на здравните технологии. България бе последната страна в ЕС, която въведе този процес.

Задължението за извършване на ОЗТ стартира за първи път в България с обнародването (Обн. ДВ. бр. 97 от 11 Декември 2015 г.) на *Наредба № 9/ 01.12.2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравни технологии*, издадена от Министерство на здравеопазването.

Според Наредбата, оценката на здравните технологии се извършва задължително за лекарствените продукти, принадлежащи към ново международно непатентно наименование, което не е включено в съответното приложение на Позитивния лекарствен списък (ПЛС).

С Наредбата се създава **Комисия по ОЗТ**, която е консултативен орган към Директора на НЦОЗА и се състои от 13 членове, включително председател. В нея участват представители на различни институции, както следва:

- трима представители на Министерството на здравеопазването;

- двама представители на Националната здравноосигурителна каса;
- трима представители на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти;
- двама представители на Изпълнителната агенция по лекарствата;
- трима представители на НЦОЗА.

За подпомагане на дейността на Комисията се създават **работни комисии (чл.10 от Наредбата)** към Директора на НЦОЗА, в състава на които се включват лекари, лекари по дентална медицина, магистър-фармацевти, икономисти, статистици, юристи и други специалисти. Работните комисии извършват предварителна оценка на подадените от фирмите ПРУ документи и анализа за ОЗТ, след което изготвят проект на доклад за оценка на здравната технология..

За цялостното администриране на процеса отговорност носи специализирания **отдел по "Оценка на здравните технологии"** към Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), който подпомага и дейността на Комисията за оценка на здравните технологии. Създадени и приети от Комисията по ОЗТ бяха методиките за оценка на проектите за доклад на работните комисии и съответно методиката за оценка на новата технология на базата на мултикритерийния подход на оценка и вземане на решение, който се прилага само в три страни от ЕС.

На интернет страницата на НЦОЗА е създадена специална директория с множество секции на Комисията по ОЗТ, преведена и на английски, където са публикувани всички нормативни документи във връзка с процеса и одобрените доклади за приключилите процедури по ОЗТ, които за 2017 година са 36 на брой и 2 са прекратени.

От началото до края 2017 г., **Комисията по ОЗТ е провела 18 заседания.** Със стартирането на процеса по ОЗТ започва и процедура по набиране на експерти от различни области - лекари, лекари по дентална медицина, магистър-фармацевти, икономисти, статистици, юристи, други специалисти, които да се включат като членове в работните комисии. Създаден е регистър на експерти, а процедурата за включване в него изисква кандидатът да подаде заявление до Директора на НЦОЗА с лични и професионални данни, включително професионална автобиография. В рамките на 2017 година са подадени 38 заявления за участие като експерти по ОЗТ към НЦОЗА от специалисти от различни области. За 2017 година са привлечени към работните комисии над 300 експерти, с които са сключени граждански договори за осъществяване на оценката и изготвянето на проекти на доклади и са изплатени около 84 492 лева за експертна дейност, осигурени от бюджета на НЦОЗА.

В рамките на 2017 година в НЦОЗА 8 г. има **подадени 41 заявления от 33 ПРУ** (фармацевтични компании) за извършване на оценка на здравните технологии. През 2017 година са приключили 39 процедури, от които 29 са с положителна препоръка и две прекратени процедури. Според експертна оценка от недопуснатите до ПЛС нови технологии, които не отговарят на критериите за включване, са „спестени“ за публичните фондове за последващия 5 годишен период над 60 млн. лева.

Дейност на комисията по ОЗТ – 2016-2017¹²

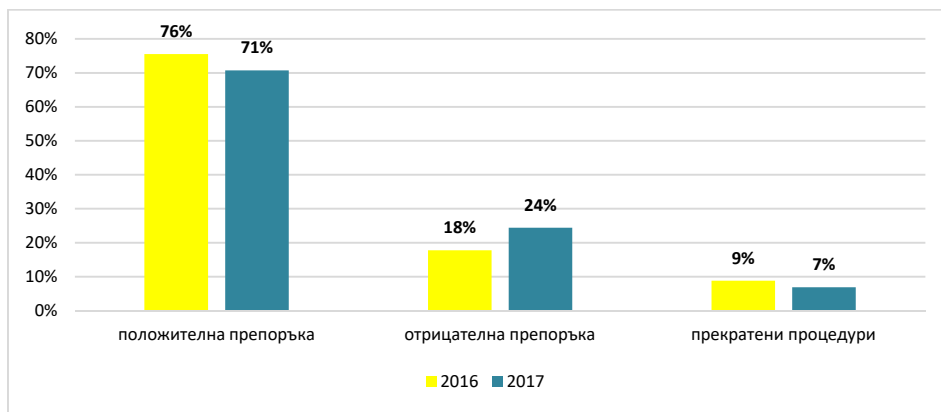
Таблица 17. Брой процедури и решения

	2016	2017
Общо подадени досиета	45	41
положителна препоръка брой	34	29
отрицателна препоръка брой	8	10

¹² Първо полугодие

прекратени процедури	3	2
	2016	2017
положителна препоръка	76%	71%
отрицателна препоръка	18%	24%
прекратени процедури	9%	7%

Фигура 44. Приключени процедури 2016-2017 г.



Сътрудници на НЦОЗА участват активно в мрежата по ОЗТ към ЕК и Съвместно действие 3 (Joint action3 EUnetHTA).

Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ)

Осъществявайки основната си мисия като лекарствен регулатор, ИАЛ е в непрекъснато партньорство с Европейската агенция по лекарствата и регулаторните органи на другите държави-членки на ЕС. През изминалата година Изпълнителната агенция по лекарствата продължи да изгражда репутацията на България като референтна държава в международните процедури за разрешаване за употреба на лекарствата. През 2017 г. ИАЛ завърши успешно и в регламентирания срок още една международна процедура (MRP), по която беше референтна държава, и стартираха две процедури за разрешаване за употреба по децентрализирана процедура. Същевременно, във връзка с анти-тръст решение и препоръка на Европейската Комисия, България пое като референтна страна част от процедурите на голяма фармацевтична компания. Решението бе обсъждано по време на заседанията на Координационната група по международни процедури (CMDh), като същата даде съответните препоръки относно сливане и разделяне на процедури и разпределянето им между държавите членки на Европейския Съюз. През годината бяха извършени редица научни консултации във връзка с предстоящи международни процедури, по които България ще бъде референтна държава.

През март 2017 г. Агенцията успешно премина международен Joint Audit Programme (JAP) одит. Одитът беше проведен от инспектори от регулаторните органи на Великобритания (MHRA) и Италия (AIFA) под наблюдението на инспектори от регулаторния орган на САЩ (FDA), във връзка със сключване на споразумение между Европейската комисия и САЩ за взаимно признаване на резултатите от инспекциите за установяване степента на спазване на принципите и изискванията за Добра производствена практика във фармацевтичния сектор.

Разрешаване за употреба на лекарствени продукти

Една от основните дейности на ИАЛ е разрешаване употребата на лекарствени продукти на територията на Р. България въз основа на извършена експертна оценка на

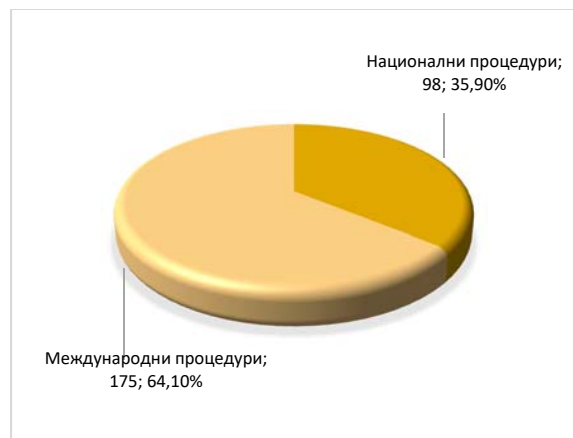
качеството, безопасността и ефикасността им.

Постъпили заявления

Фигура 45. Заявления за РУ за 2017 г.



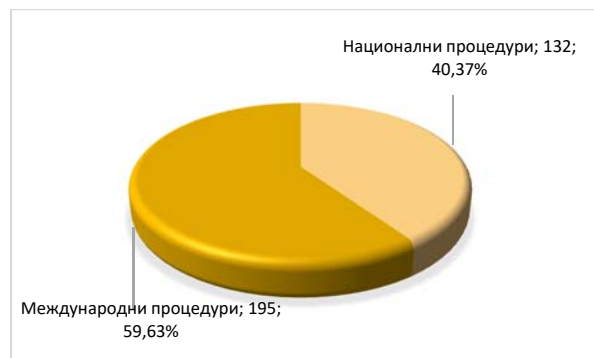
Заявления за РУ за 2017 г.



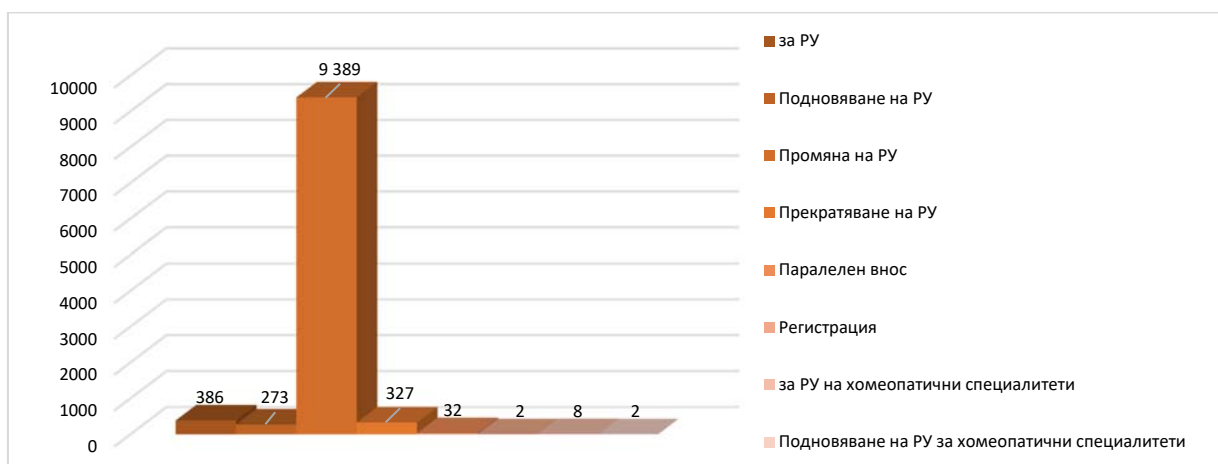
Заявления за подновяване на РУ за 2017 г.



Заявления за промени на РУ 2017 г.

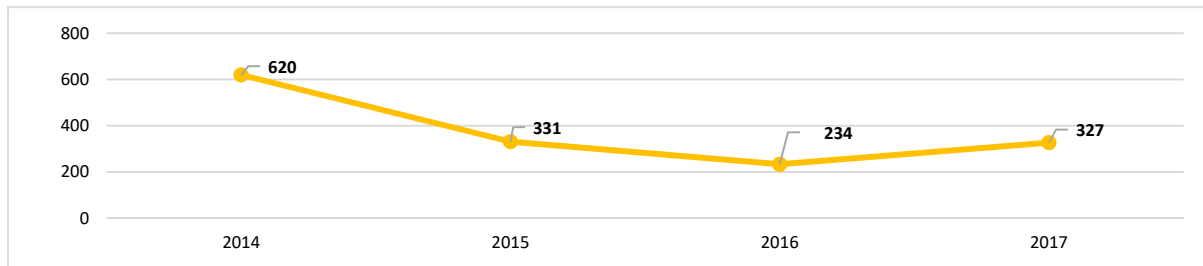


Прекратени РУ през 2017 г.



През 2017 г. по желание на притежателите на разрешения за употреба са прекратени 327 разрешения за употреба на лекарствени продукти, като нито едно от тях не е свързано със сериозен риск за общественото здраве или поради констатирани проблеми в качеството на продуктите.

Фигура 46. Брой прекратени разрешения за употреба за периода 2014-2017 г.



Контрол и инспекции

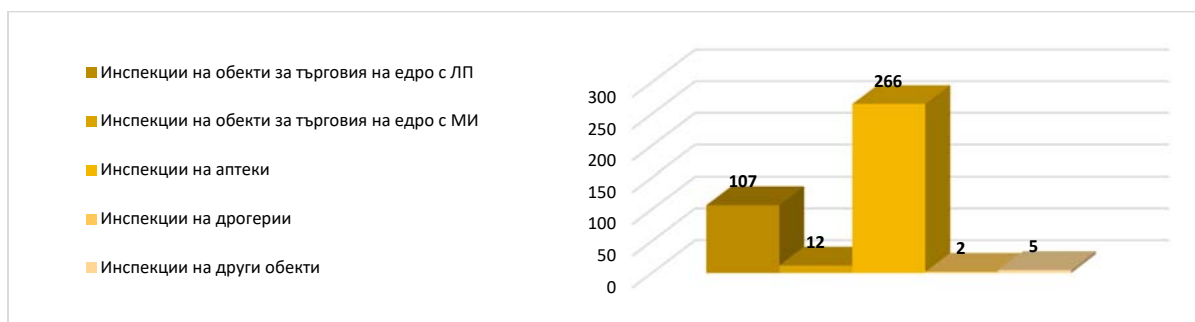
През 2017 г. са извършени общо **38 инспекции** на производители/вносители на лекарствени продукти, на активни вещества и на лекарствени продукти, предназначени за клинично изпитване за установяване на съответствието на условията за производство, внос, контрол и съхранение с изискванията на ЗЛПХМ, подзаконовата нормативна уредба и с актовете и ръководствата, приети от Европейската комисия.

Четири от инспекциите са на производители на лекарствени продукти в Иран, Виетнам, Русия и Турция. Две от инспекциите са проведени под наблюдението на инспектори от регулаторните органи на Великобритания, Италия и САЩ във връзка с проведения през 2017 г. съвместен одит на инспектората на ИАЛ от US MRA по Joint Audit Programme (JAP).

През 2017 г. при осъществяване на държавен контрол върху лекарствените продукти по чл. 267 от ЗЛПХМ, както и надзор на пазара с медицински изделия по чл. 86 от ЗМИ, длъжностните лица от ИАЛ са упражнили контрол върху дейностите по съхранението и търговия с лекарствени продукти и медицински изделия, извършвани от лица, притежаващи разрешения/удостоверения за търговия на едро и дребно с лекарствени продукти и с медицински изделия, за установяване степента на спазване на изискванията за Добра дистрибуторска практика (ДДП), ЗЛПХМ, ЗМИ и подзаконовите нормативни актове по прилагането им.

На територията на Р България са извършени общо **392 бр.** инспекции, както следва:

Фигура 47. Инспекции за 2017 г.



Най-масово установявани нарушения за търговия на дребно с лекарствени продукти.

- Продажба (отпускане) на лекарствен продукт с режим на отпускане „по лекарско предписание“ от помощник-фармацевт.
- Продажба (отпускане) на лекарствен продукт с режим на отпускане „по лекарско предписание“ от магистър-фармацевт без да му бъде представено лекарско предписание (рецепта).
 - Ръководител на аптека, нает на работа от друг търговец и работещ в друга аптека.
 - Неправилно съхранение на термолабилни лекарствени продукти, както и на такива, посочени в Приложение 9 на Наредба № 28 от 9 декември 2008 г. на МЗ.

- Неправилно съхранение на лекарствени продукти с изтекъл срок на годност или такива с нарушена първична и/или вторична опаковка.

Констатирани нарушения с по-голяма степен на обществена опасност

- Осъществяване на дейност по отпускане на лекарствени продукти от неспособни лица (без фармацевтично образование).
- Търговия с лекарствени продукти и/или медицински изделия в обекти без разрешение/ удостоверение за дейността или обекти, работещи в нарушение на издадено разрешение/удостоверение.

Проследяване на лекарствената безопасност

Проведени са 9 инспекции на притежателите на разрешения за употреба, свързани с проверка на системата им за проследяване на лекарствена безопасност или на отделни дейности, свързани с минимизиране на риска при употребата на определени лекарствени продукти.

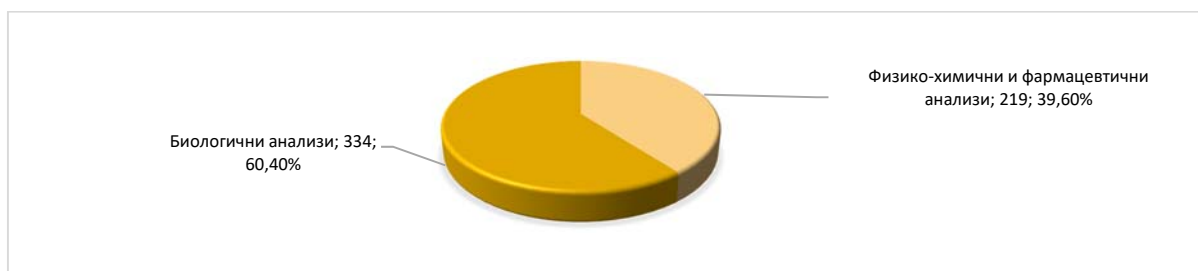
Контрол върху клиничните изпитвания

Извършени са инспекции на два центъра по клинични изпитвания за спазването на Добрата клинична практика във връзка с провеждане на изпитванията.

Анализирани лекарствени продукти

През 2017 г. в ИАЛ са проведени **общо 553 броя анализи.**

Фигура 48. Брой анализи, извършени през 2017 г.



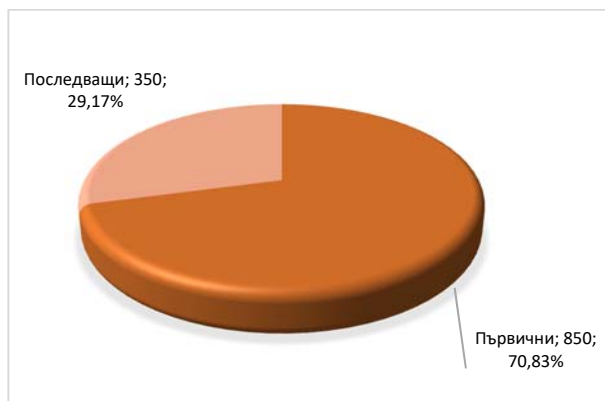
Анализирани съгласно Плана за надзор на българския пазар

По Плана за надзор на българския пазар за 2017 г. са анализирани **40 партии лекарствени продукти с 13 различни активни вещества** (Acetylsalicylic acid, Clopidigrel besylate, Clonazepam, Pentoxifyllin, Propofol, Trimetazidine dihydrochloride, Metamizole sodium/Triacetoneamine, Desloratadine, Dimetindene maleate, Omeprazole, Pantoprazole, Metformine hydrochloride, Isosorbide dinitrate). Всички анализирани партии лекарствени продукти са отговорили на изискванията по проведените изпитвания.

Проследяване на лекарствената безопасност

Съобщения за нежелани лекарствени реакции

И през 2017 г. се наблюдава трайна тенденция на увеличаване на съобщителната активност на нежелани лекарствени реакции, като за 2017 г. техният брой е вече 1200 (първични и последващи).



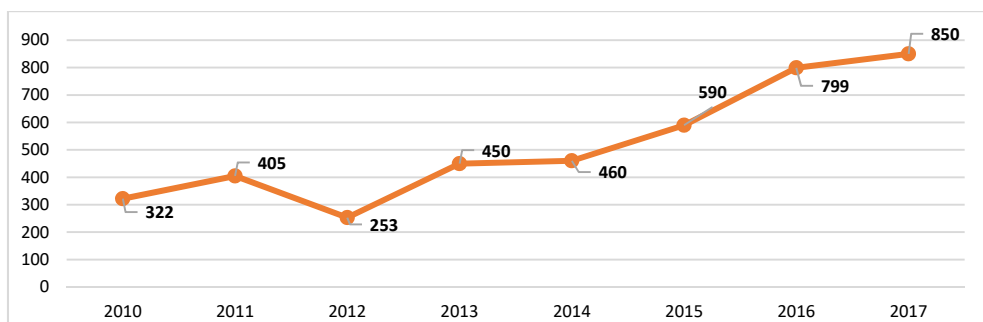
Получени, обработени и оценени първични и последващи съобщения за нежелани лекарствени реакции – общо 1 200 валидни съобщения



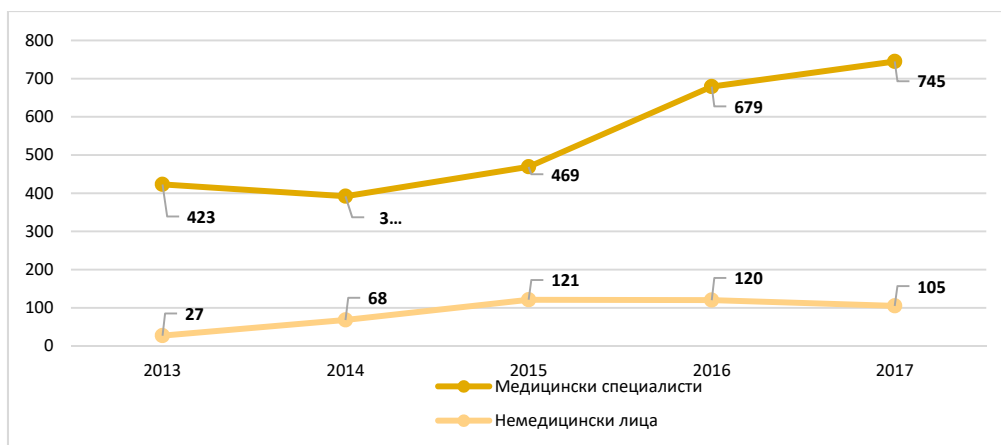
Съотношение на получените съобщения за нежелани лекарствени реакции по отношение на сериозност и очакваност

През годините се наблюдава тенденция към увеличаване на съобщителната активност и броят на валидните получени НЛР от 799 през 2016 е нараснал на 850 през 2017 г.

Фигура 49. Валидни случаи с нежелани лекарствени реакции

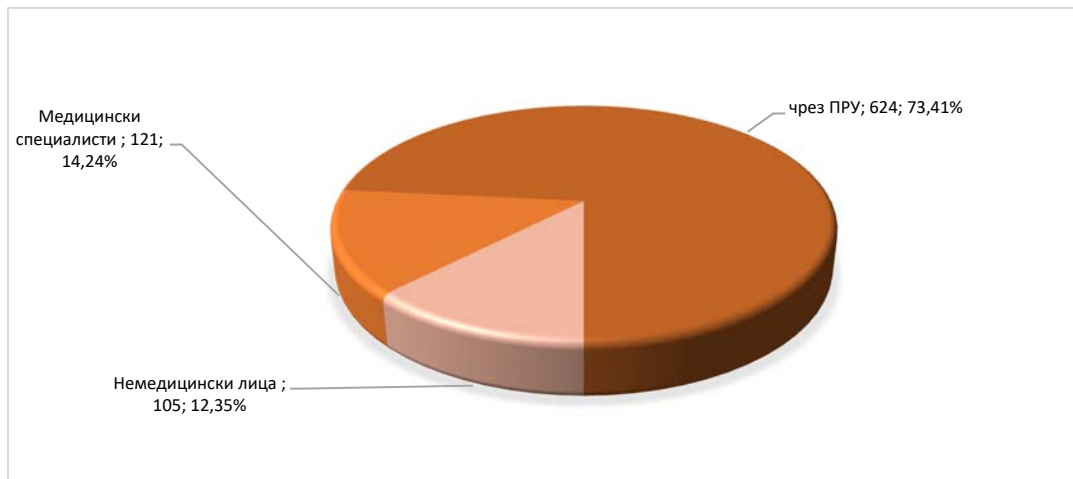


Фигура 50. Тенденции в съобщаването според източника на информация



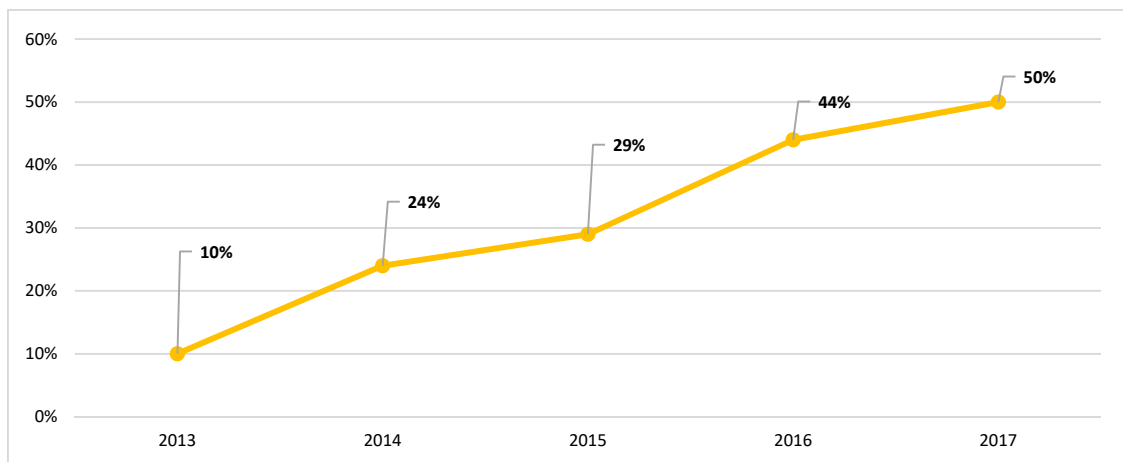
Съобщаваемостта от медицински специалисти продължава да нараства и достига 745 през 2017 г. Докладването от пациенти е 105 съобщения, което представлява слабо намаление в сравнение с 2016 г. Най-голям брой съобщения са получени чрез притежателите на разрешения за употреба – 624, а директно в ИАЛ са постъпили 121 съобщения от медицински специалисти и 105 съобщения от пациенти.

Фигура 51. Съобщения, постъпили в ИАЛ, според източника на информация за 2017



Относителният дял на нежелани реакции след **ваксинации** съставлява 7% от общия брой нежелани лекарствени реакции. Относителният дял на пациентските съобщения за нежелани лекарствени реакции продължава да нараства, като за 2017 г. представлява **50%** от всички съобщения.

Фигура 52. Относителен дял на съобщения за нежелани реакции след ваксинация, съобщени от пациенти 2013-2017 г.



Информационни активности, свързани с проследяване на лекарствената безопасност и с информирание за риска:

За 2017 г. е направена оценка на 61 учебителни материала. Съгласувани са 26 Преки съобщения до медицински специалисти и са публикувани 18 съобщения, свързани с безопасността, на интернет страницата на ИАЛ. Публикуван е „Бюлетин за нежелани лекарствени реакции“.

Обучителни активности и участия в научни форуми:

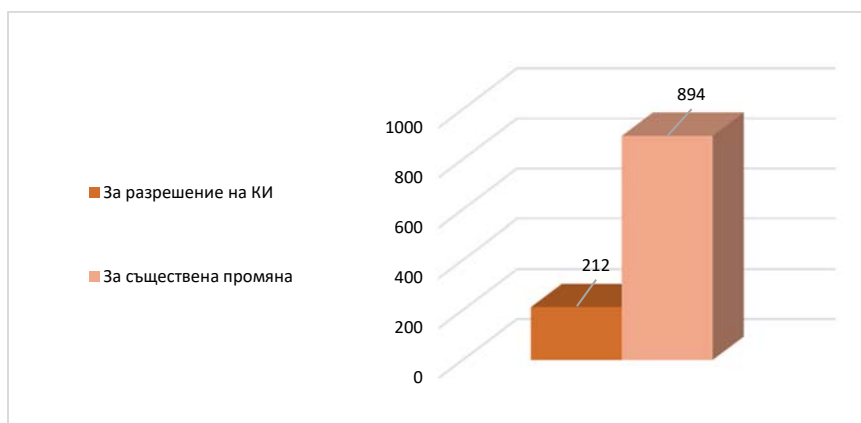
През 2017 г. ИАЛ продължи учебителните активности в областта на проследяването на лекарствената безопасност и докладването на нежелани лекарствени реакции, като бяха изнесени доклади на различни форуми за медицински специалисти и за пациенти. ИАЛ участва и в създаването на брошура за пациенти „Какво знаем и какво не знаем за нежеланите лекарствени реакции“.

Клинични изпитвания

ИАЛ осъществява контрол върху провежданите в страната клинични изпитвания (КИ). Това включва оценяване на документацията за издаване на разрешения за провеждане на клинични изпитвания с лекарствени продукти, както и последващ контрол върху хода на изпитванията. ИАЛ поддържа Регистър на разрешените клинични изпитвания и Регистър на комисиите по етика, както и подава информация за клиничните изпитвания в европейската база данни Eudra CT.

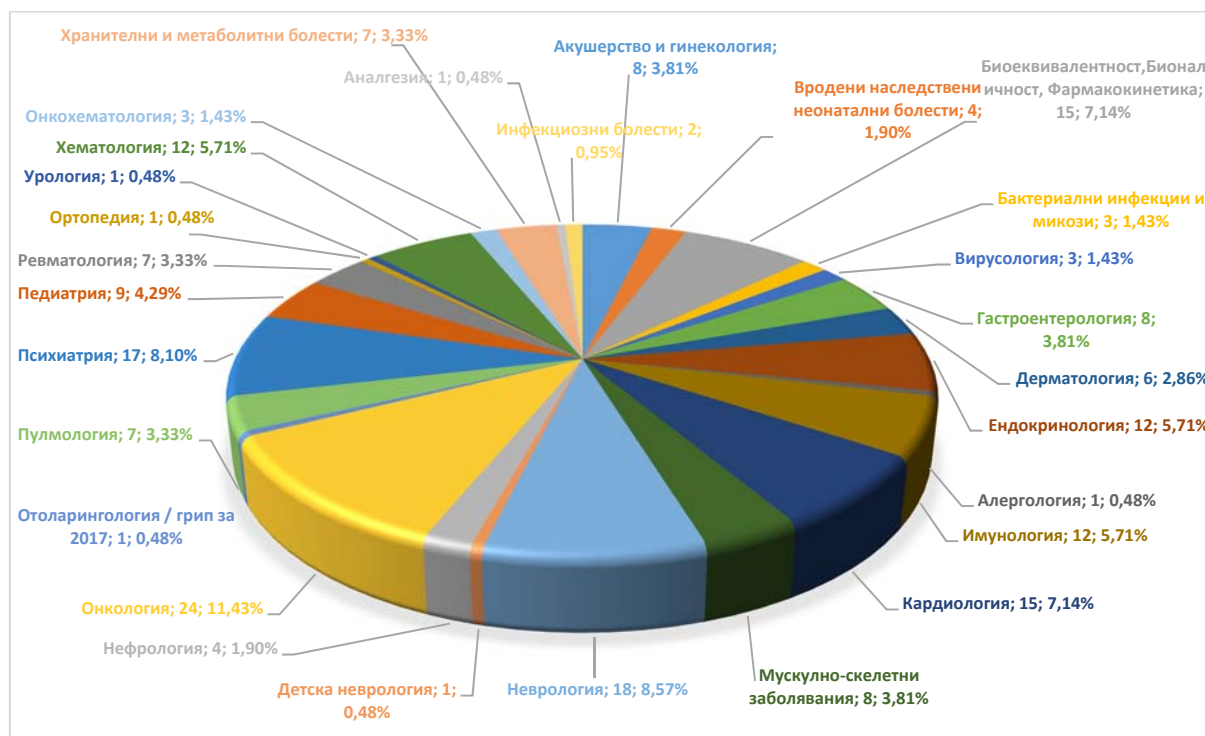
През 2017 в ИАЛ са постъпили **212** заявления за разрешаване на клинични изпитвания и **894** заявления за одобрение на съществена промяна. Общият брой заявления е **1 106** (Фиг. 53.).

Фигура 53. Постъпили заявления през 2017 г.



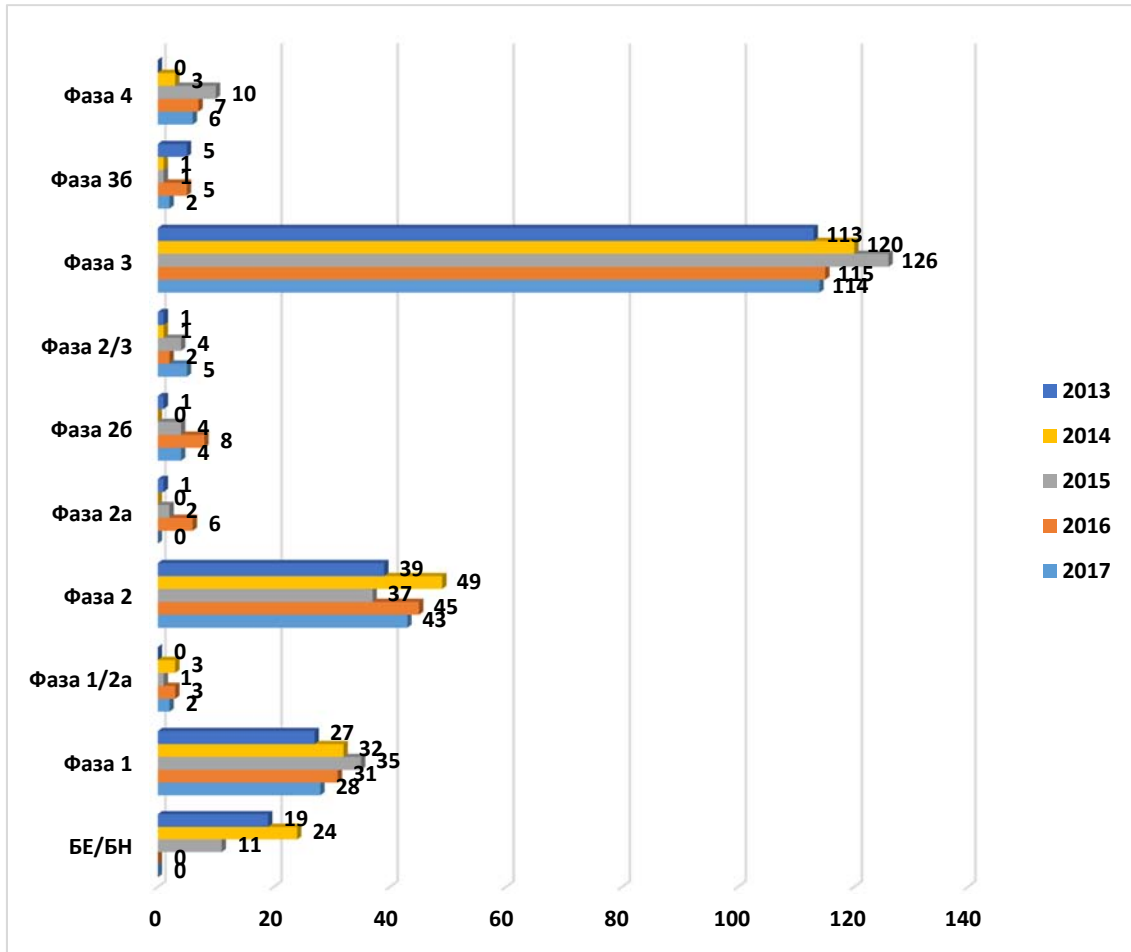
Продължава тенденцията за най-голям брой изпитвания в областите онкология, неврология, хематология и психиатрия.

Фигура 54. Клинични изпитвания по области



Преобладаващият тип изпитвания според фазата са изпитванията от фаза 3.

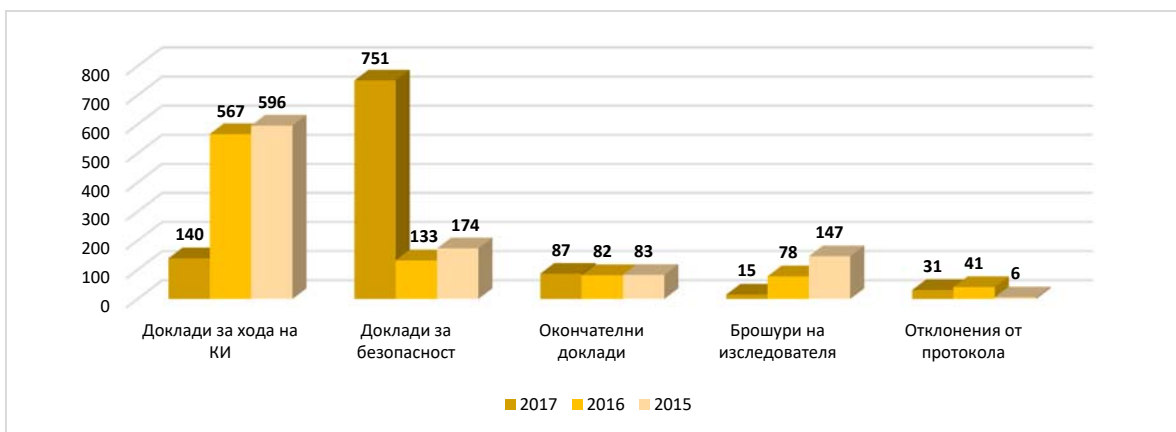
Фигура 55. Клинични изпитвания по фази



Проследяване на безопасността на клиничните изпитвания

ИАЛ проследява безопасността на лекарствените продукти, обект на разрешените клинични изпитвания, като извършва оценка на постъпилите доклади за безопасност в хода на клиничното изпитване. Проследяването на безопасността на клиничните изпитвания включва също разглеждане на различни уведомителни документи, окончателните доклади и други документи.

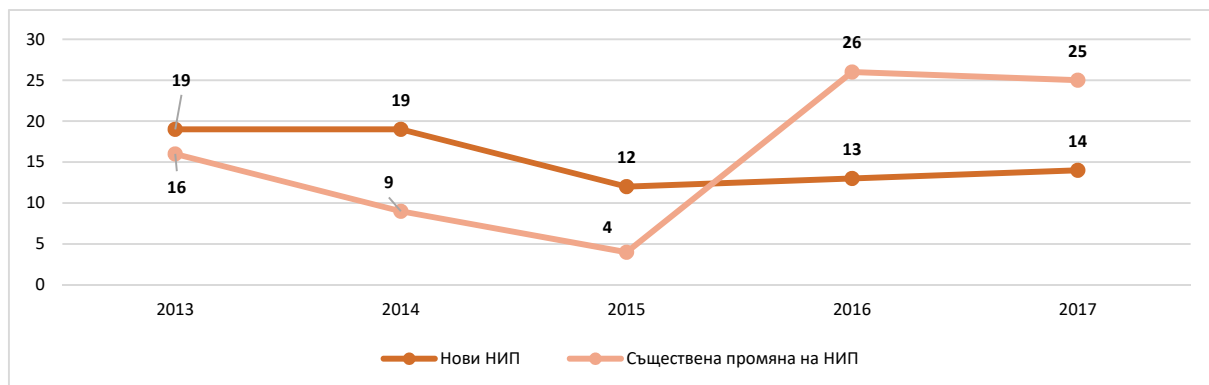
Фигура 56. Документи за проследяване на безопасността



Неинтервенционални проучвания

Една от отговорностите на ИАЛ е оценяването на документацията за провеждане на неинтервенционални проучвания (НИП) с лекарствени продукти, както и съществени промени в тях.

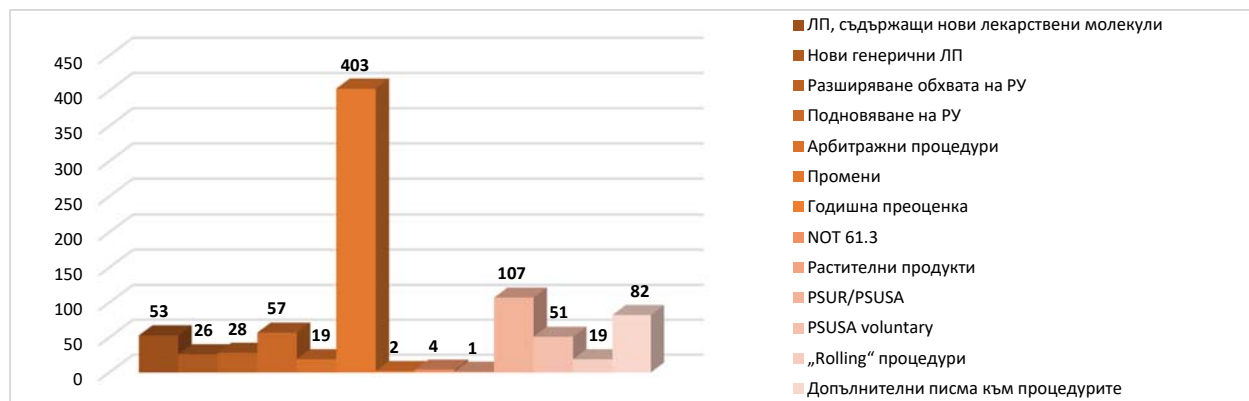
Фигура 57. Оценка на документацията за неинтервенционални проучвания за периода 2013-2017 г.



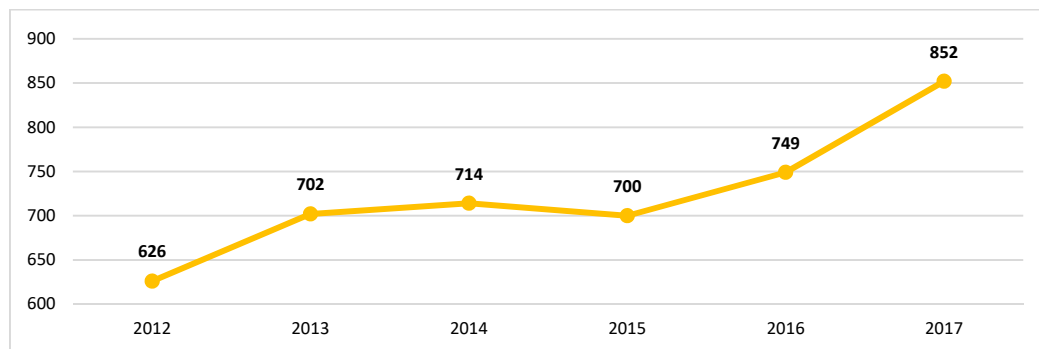
Лекарствена информация

Оценъчна и експертна дейност във връзка с лингвистична проверка на продуктовата информация (Кратка характеристика на продукта, Означения върху опаковката и Листовка) на лекарствени продукти след решение на Комитета за лекарствени продукти за хуманна употреба (СНМР) към Европейската агенция по лекарствата.

Фигура 58. Процедури, обект на оценка/проверка за 2017 г.

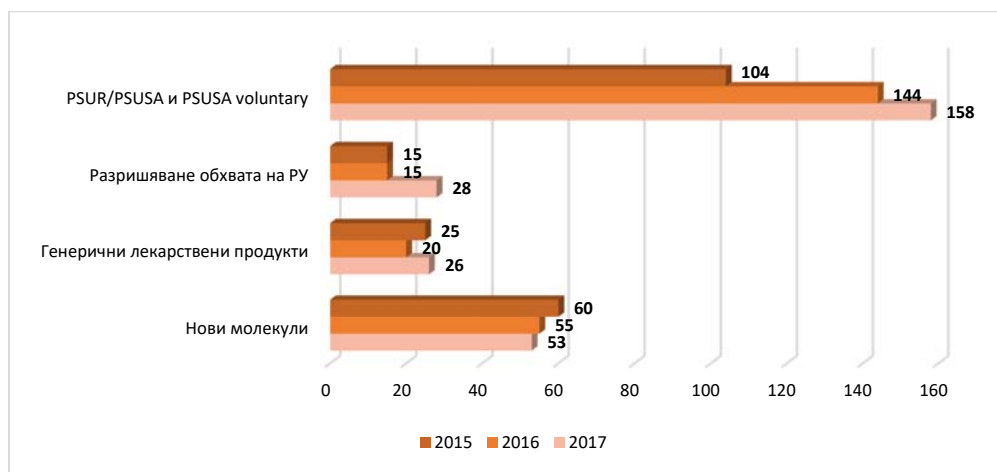


Фигура 59. Оценени продуктови информации по централизирана процедура за периода 2012 – 2017 г.



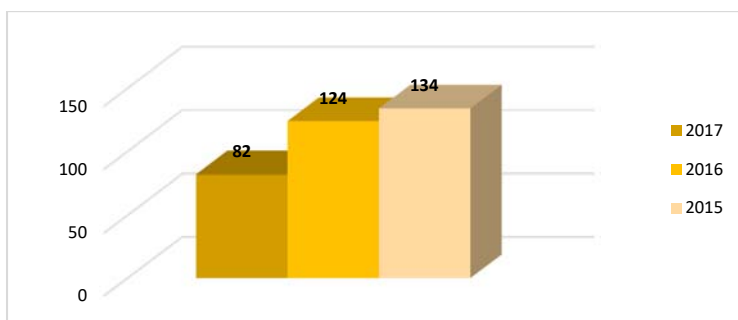
Наблюдава се тенденция на увеличаване на процедурите за генерични лекарствени продукти, разширяване на обхвата на разрешението за употреба, както и PSUR/PSUSA.

Фигура 60. Сравнителен анализ 2015-2017 г.



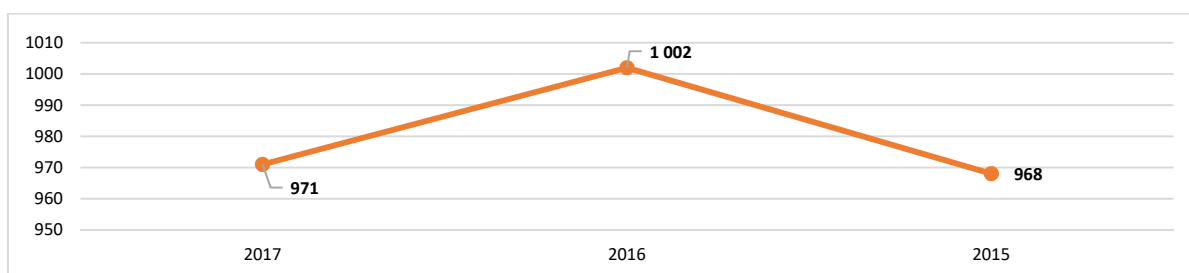
За периода 2015 – 2017 г. се регистрира намаляване на броя на процедурите, обект на допълнително съгласуване, което е един от индикаторите за подобряване на качеството на работата.

Фигура 61. Процедури, обект на допълнително съгласуване в периода 2015-2017 г.



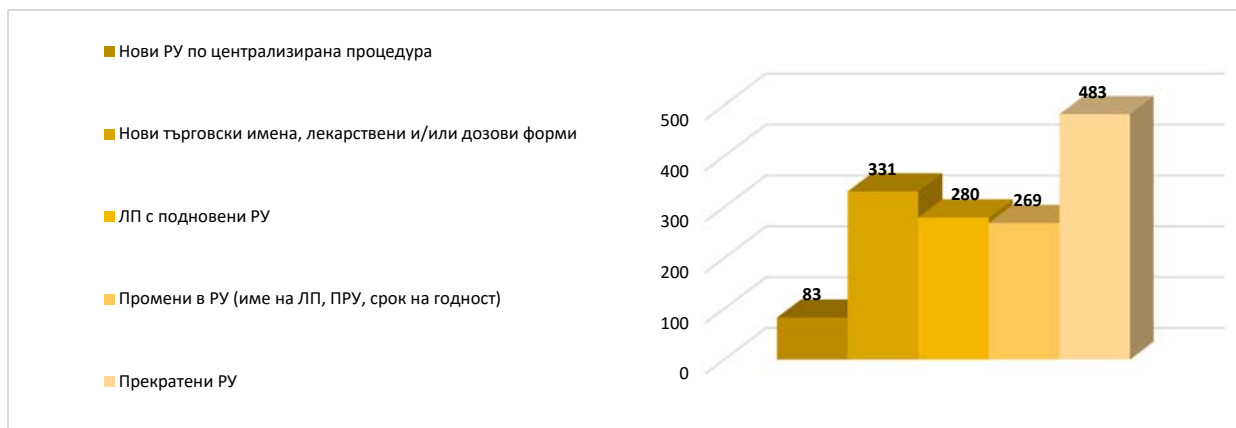
Всеки месец ИАЛ актуализира Списъка на разрешените за употреба лекарствени продукти, които се отпускат без лекарско предписание.

Фигура 62. Актуализирани позиции в Списъка на разрешените за употреба лекарствени продукти, които се отпускат без лекарско предписание в периода 2015-2017 г.



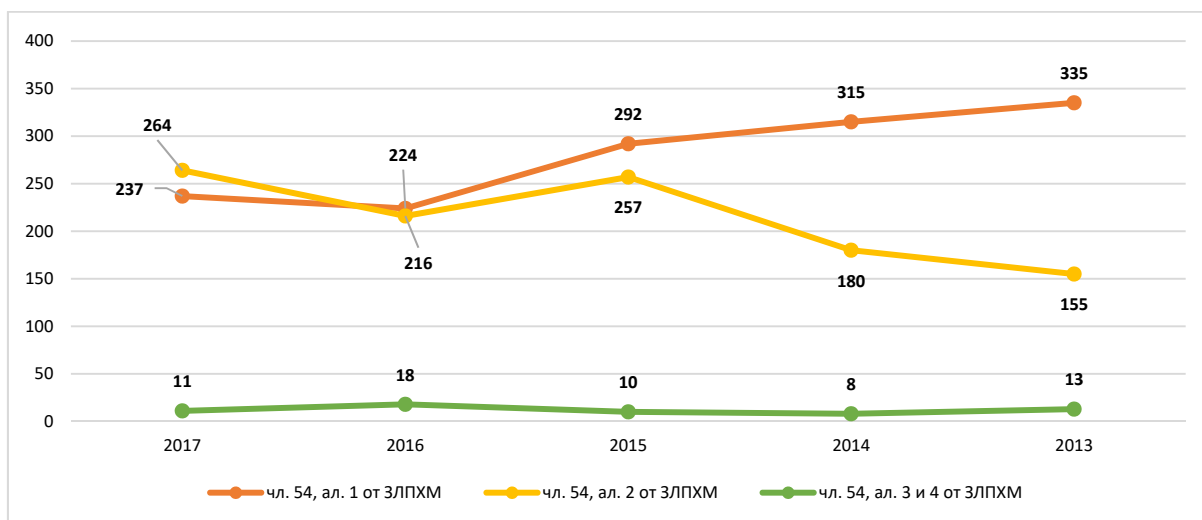
На интернет страницата се публикува Бюлетин с информация за новоразрешените лекарствени продукти (нови за страната молекули и комбинации, нови търговски имена, лекарствени и/или дозови форми, подновени разрешения за употреба и промени в разрешенията за употреба) и за лекарствените продукти с прекратени разрешения за употреба.

Фигура 63. Актуализации чрез публикуване на Бюлетин за 2017 г.



Уведомления за пускане на пазара и за преустановяване на продажбите на лекарствени продукти

Фигура 64. Динамика на подадени уведомления за периода 2013-2017 г.

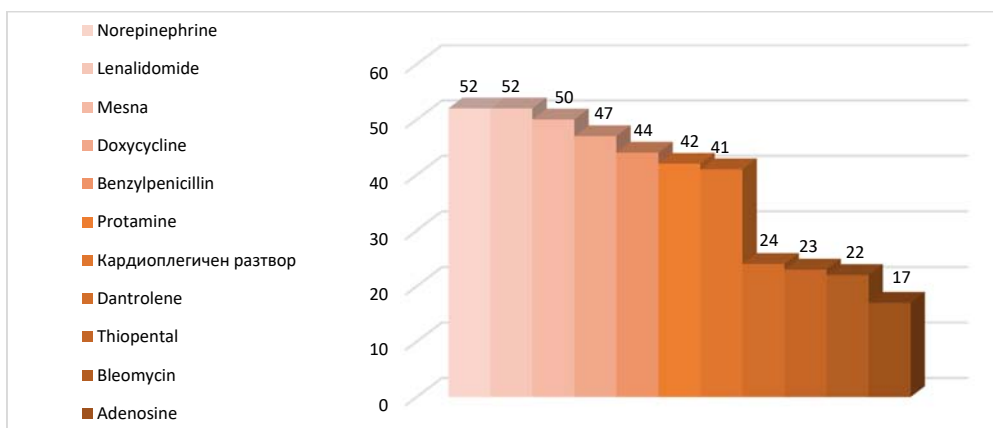


За повишаване на информираността сред медицинските специалисти и пациентите през 2017 г. са публикувани 19 съобщения във връзка с преустановяване на продажбите на лекарствени продукти, за които няма алтернатива.

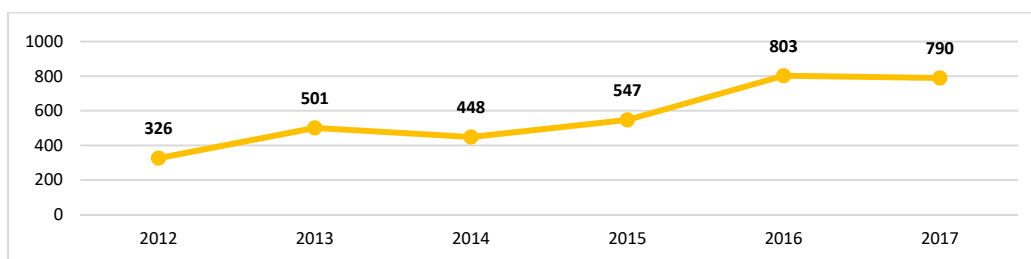
Становища за внос на неразрешени за употреба лекарствени продукти

През 2017 г. са изготвени 790 становища за внос по реда на Наредба № 10 на МЗ. Направеният анализ показва, че най-често са издавани становища за следните лекарства:

Фигура 65. Най-често са издавани становища за лекарства



Фигура 66. Становища за внос на неразрешени в България лекарствени продукти по Наредба №10 за периода 2013-2017 г.



Контрол на трансфузионната система

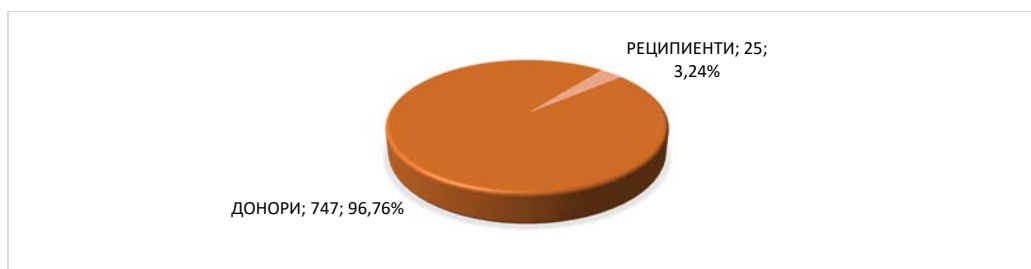
Изпълнителният директор на ИАЛ изпълнява функциите на компетентен орган по отношение на дейността на лечебните заведения по вземане, диагностика, преработка, съхраняване, употреба, разпространение, осигуряване на качеството и безопасността на кръвта и кръвните съставки и по отношение на трансфузионния надзор за спазване изискванията на ЗККК, Стандарта за трансфузионна хематология и правилата за Добра лабораторна (ДЛП/GLP) и Добра производствена практика.

Трансфузионен надзор

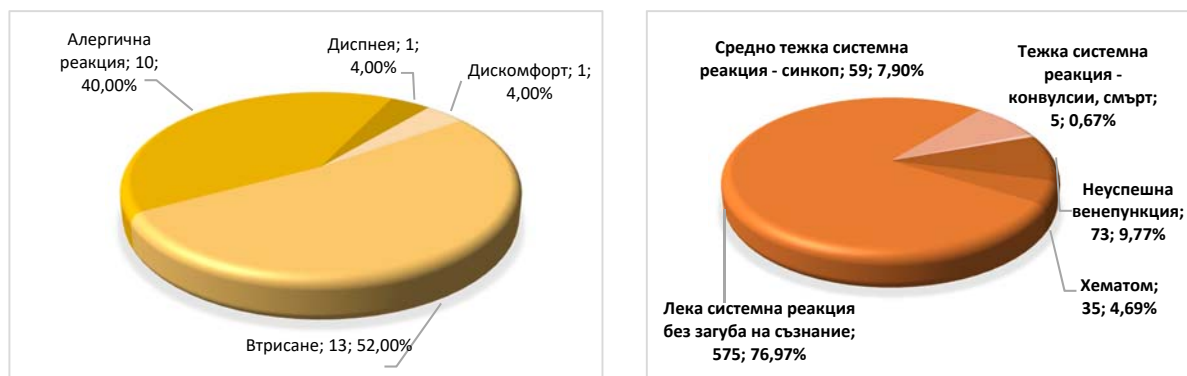
Трансфузионният надзор се извършва с цел проследяемост на кръвните съставки, осигуряване на безопасни кръв и кръвни съставки и предотвратяване условията за повтаряне на нежелани реакции и инциденти в трансфузионния процес.

ИАЛ води Регистър за сериозните инциденти и нежелани реакции, възникнали при вземане и употреба на кръв и кръвни съставки. Лицата, които извършват вземане, диагностициране, преработка, преливане и съхраняване на кръв или кръвни съставки, са длъжни да съобщават незабавно в ИАЛ за възникнали сериозни инциденти или нежелани реакции, или за съмнения за сериозни инциденти или сериозни нежелани реакции.

Фигура 67. Съотношение на нежеланите реакции при реципиентите и донорите



Фигура 68. Вид на нежелана реакция при донори и реципиенти



Вид на сериозната нежелана реакция при реципиентите

Вид на сериозна нежелана реакция при донорите

През 2017 г. в ИАЛ са постъпили 25 съобщения за нежелани реакции след преливане на кръв или кръвни съставки. По тежест са класифицирани като леки или средно тежки. Всички те са с благоприятен изход, като пациентите са се възстановили напълно след спиране на кръвопреливането. Преобладават алергични реакции и втрисане. В сравнение с 2016 г. броят на докладваните нежелани реакции при кръвопреливане е намалял.

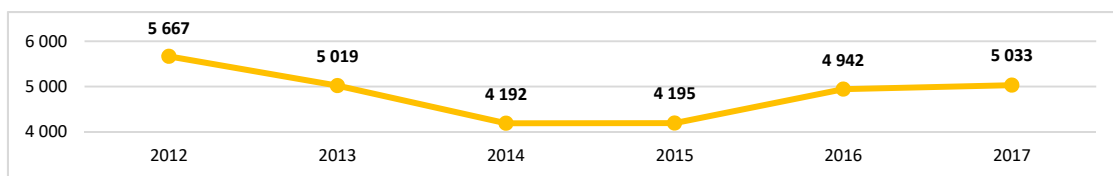
Съгласно изискванията на Европейските директиви, свързани с вземането, диагностиката, преработката, съхраняването и преливането на кръв и кръвни съставки, ИАЛ през 2017 г., получавайки информация чрез Rapid Alert System, е информирала чрез електронната поща хемотрансфузионните звена относно случаи на Западно-нилска треска (WNV) в други страни-членки на Европейския Съюз, както и за насоките на мерките, предприети от хемотрансфузионната система на всяка от засегнатите страни.

Унищожени единици кръв и кръвни съставки и причините за това през 2017 г.

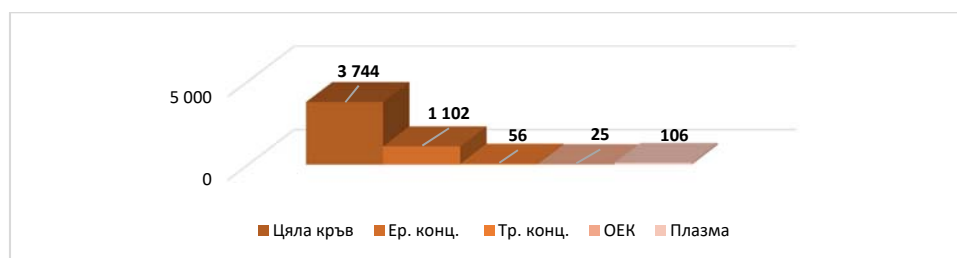
В ИАЛ въз основа на подаваната информация от ЦТХ, ОТХ и преливащите кръв и кръвни съставки лечебни заведения е създадена и се поддържа база-данни за унищожените единици кръв и кръвни съставки и причините за това.

В трансфузионната система през 2017 г. са унищожени или предадени за научно-медицински цели 5 033 единици цяла кръв или кръвни съставки (вкл. еритроцитен концентрат, прясно-замразена плазма или тромбоцитен концентрат). В сравнение с 2016 г. общият брой унищожени или предадени за научно-медицински цели единици е увеличен с 91 броя.

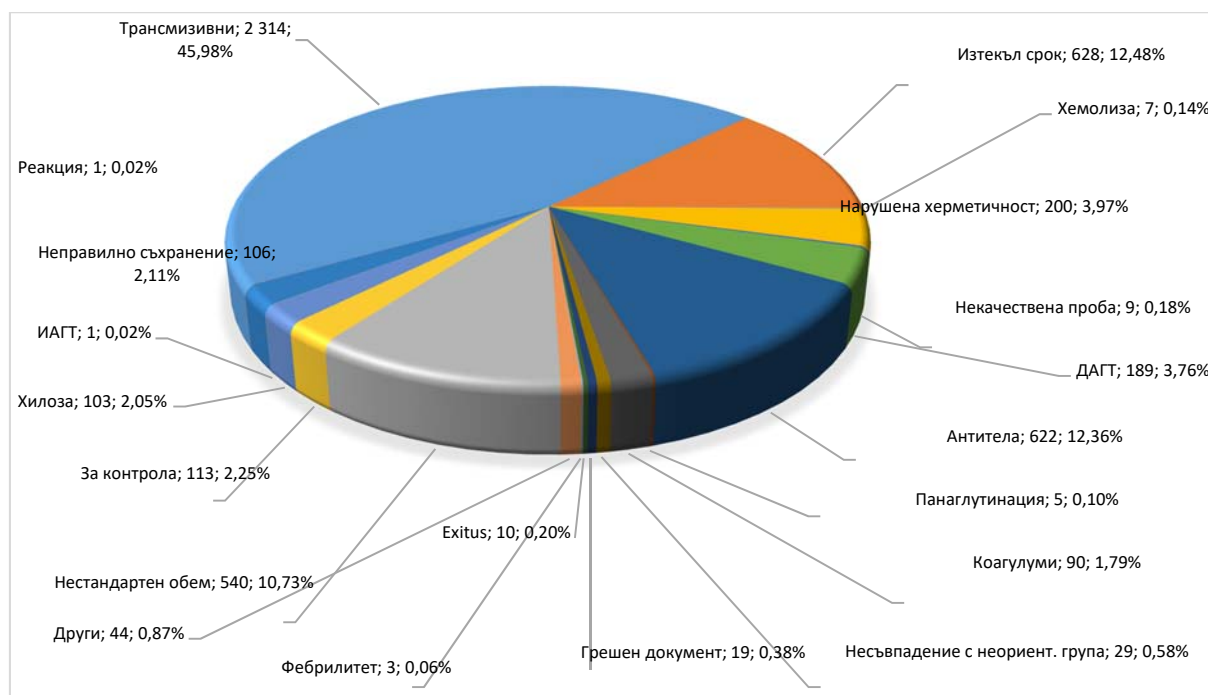
Фигура 69. Унищожени единици кръв в периода 2012-2017 г.



Фигура 70. Унищожени единици кръв и кръвни съставки по вид през 2017 г.



Фигура 71. Унищожени единици кръв и кръвни съставки по причини през 2017 г.



През 2017 г. 74% от всички унищожени единици са цяла кръв (не са произведени съставки от нея). Запазва се тенденцията причини за унищожаване на единици да са факторите, които правят кръвта неприложима в трансфузионната система още на ниво преработка и изследване в центровете – 80 % от унищожените единици.

Проекти

ИАЛ е колабориращ партньор в проект VISTART (Vigilance and Inspection for the Safety of Transfusion, Assisted Reproduction and Transplantation – Проследяване на безопасността и инспекции на трансфузионната система, асистираната репродукция и трансплантациите). Общите цели на проекта са промотиране и улесняване на хармонизирането на инспекциите, издаване на разрешенията и проследяване на безопасността в системите на кръвта, тъканите и клетките; засилване сътрудничеството между страните-членки на ЕС и доверието към инспекциите и програмите за проследяване на безопасността на всяка от тях.

ИАЛ участва в Работен пакет 7 „Обучение на инспектори в трансфузионната система, тъкани и клетки чрез споделяне на експертиза между страните членки на ЕС“. Водещ пакета е Италианският национален кръвен център. Досега в рамките на работния пакет, в тясно сътрудничество с екипа по Работен пакет 6, са разработени целеви обучения за инспектори по тъкани и клетки, както и в трансфузионната система, като ИАЛ участва с двама инспектори в обученията през 2017 г. Агенцията е и част от реализирането на Работен пакет 5 “Международно сътрудничество за проследяване на безопасността и подобряване на процеса на подготовка“, който предвижда създаването на „библиотека“ с казуси в областта. На този етап се разработват критериите за това какви случаи от практиката ще се включват в „библиотеката“.

Международно сътрудничество

ИАЛ координира международна дейност и сътрудничеството с регулаторните и

контролните органи на други държави и с организациите, работещи в областта на лекарствената регулация и контрол, включително и работата на експертите от Агенцията в научните комитети и работните групи на ЕМА, Европейската комисия, Европейския директорат по качеството на лекарствата и здравеопазване, Европейската фармакопея и на други органи и институции. ИАЛ редовно участва в заседанията на НМА и ЕМА, комитетите и работните групи към двете организации, както и в съвместните им инициативи.

Комуникации с обществеността

Агенцията в изпълнение на Двугодишното споразумение между Министерството на здравеопазването и Регионалния офис за Европа на Световната здравна организация разработи информационна брошура, озаглавена „**Пътят на лекарството – истини и факти**“. Тя има за цел да запознае пациентите с основните етапи в разработването на лекарствата - от изследователските лаборатории до пускането им на пазара, като изяснява на достъпен език същността на генеричните лекарства и тяхното значение за рационалната и ефективна фармакотерапия.

ИАЛ, със съдействието на партньори, взе активно участие в образователната кампания за повишаване на осведомеността относно нежеланите лекарствени реакции, проведена по идея и под координацията на Работната група на комуникационните специалисти (Working Group of Communication Professionals, WGCP) към НМА чрез разпространяването на кратки анимационни клипове, разработени от UMC (Uppsala Monitoring Centre), Швеция. Целевата група бяха всички, които купуват лекарства без лекарско предписание, пациентите, широката общественост, както и към фармацевтите, които отпускат лекарствата и извършват консултации за правилната им употреба.

ИАЛ публикува на своя сайт материали във връзка със Световната седмица, посветена на осведомеността за отговорно прилагане на антибиотиците, проведена в България от Националният център по заразни и паразитни болести.

3. ДЕЙНОСТИ ПО ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

3.1. Рискови фактори

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

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

- Доходи и разходи

За периода 2016-2017 г. се запазва тенденцията за ръст на доходите на домакинствата, които през последните години леко изпреварват разходите. Реалните доходи на домакинствата нарастват с 5,5% през 2017 г. в сравнение с предходната 2016 г. (Фиг. 72). През 2017 г. годишният общ доход средно на лице от домакинство е 5 586 лв. и нараства с 8,1% спрямо 2016 г. НСИ отчита, че за последните 10 години (2008-2017 г.) общият доход средно на лице от домакинството се увеличава близо 1,6 пъти.

В структурата на общия доход за последните години продължава да се запазва тенденцията доходът от работна заплата и от пенсии да расте, а да намалява доходът от домашно стопанство и трудова дейност извън работната заплата.

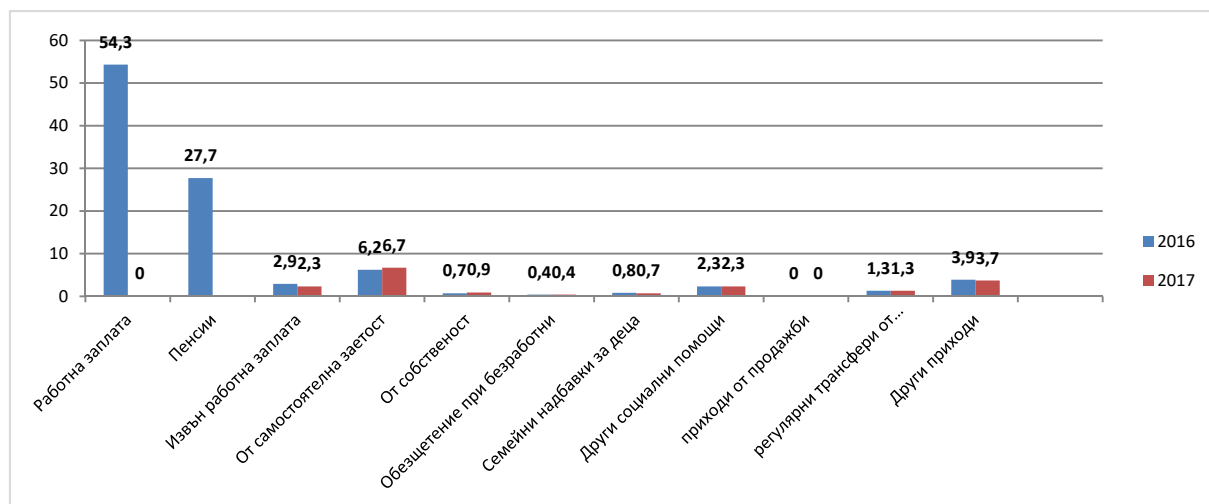
Доходът от работна заплата през 2017 г. е 3 038 лв. средно на лице от домакинство. Относителният дял на работната заплата в общия доход е 54,4% или с 0,1% повече в сравнение с 2016 г. и с 2,5% повече спрямо 2008 г. Независимо от известното колебание в годините на кризата, работната заплата продължава да бъде основен източник на доход за българските домакинства.

Пенсиите продължават да са вторият по значимост източник на доходи за българските домакинства. За 2017 г. е 1 479 лв. или се отчита нарастване с 3.3% спрямо 2016 г., а спрямо 2008г - с 82.6% .

През 2017 г. доходите от всички социални трансфери (обезщетения за безработни, семейни добавки за деца и др. социални помощи и обезщетения) са 187 лв. и се увеличават с 4.5% спрямо 2016 г. и с 35.5% в сравнение с 2008 г.

Ръст бележат и доходите от самостоятелна заетост - 377 лв. или с 18.2% повече спрямо 2016 г. и с 38.6% спрямо 2008 г.

Фигура 72. Доходи за 2016 г. и 2017 г. в %



Източник : НСИ

Разходи

Разходите следват тенденцията на динамичните промени в доходите. Общият разход на домакинствата през 2017 г. се увеличава с 1.9% спрямо 2016 г. Относителният дял на потребителския разход от общите разходи на домакинствата намалява от 85.3% през 2008г. на 82.6% през 2016 г., а през 2017 г. достига 82% .

По данни на НСИ през 2017 г. българските домакинства са изразходвали 5217 лв. средно на лице. Запазва се тенденция на нарастване, като за периода 2008 г. - 2017 г. разходите на домакинствата се увеличават 1,6 пъти. (Фиг. 73).

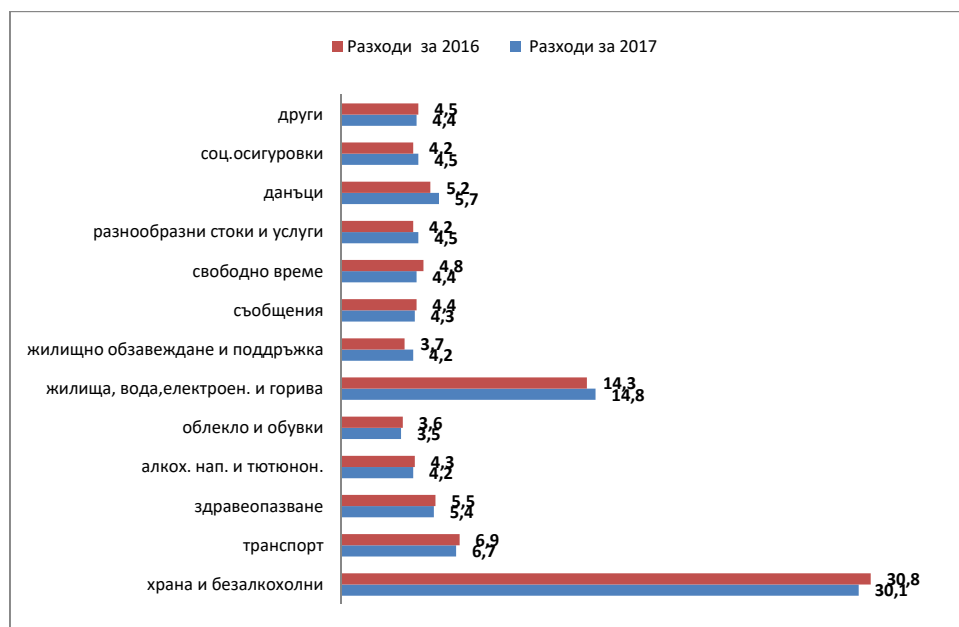
През последните десет години 2008-2017 г. се отчитат следните промени по отношение на разходите:

Средно на домакинство изразходваните средства за 2017 г. за храна и безалкохолни напитки са 1573 лв. или с 7.4% повече спрямо 2016 г. и нарастват с 31.7% спрямо 2008г. Делът на разходите за комунални услуги (жилища, вода, електроенергия, горива, жилищно обзавеждане и поддръжане на дома) през 2017 г. са 987 лв. средно на лице от домакинство и нарастват с 15,3% спрямо 2016 г. и с 74.7% спрямо 2008г.

За транспорт са изразходвани 576 лв., което е с 7.3% повече спрямо 2016 г. и с 54.4% спрямо 2008г. През 2017 г. разходите за данъци и социални осигуровки средно за лице от домакинството са в размер на 648 лв. и бележат ръст с 16.3% спрямо 2016 г., а съпоставени с 2008г. те са нараснали близо 3 пъти.

Запазва се процесът на постепенно понижаване на относителния дял на разходите за храна и безалкохолни напитки в общият разход. През 2017 г. този дял достига най-ниска стойност от 30,1%, което е с 0,7% по-малко в сравнение с 2016 г. Забелязва се тенденция на леко покачване на относителния дял на разходите за жилище през 2017 г. с 1% спрямо 2016 г. и с 1.7% спрямо 2008г., както и на разходите за социални осигуровки и данъци с 0.8% за 2017 г спрямо 2016 г. и с 5.7% спрямо 2008г.

Фигура 73. Разходи за 2016 и 2017 г.



Източник: НСИ

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Като цяло здравеопазването е второто по размер в бюджетните разходи перо след разходите за социална защита, за които се насочват средно 19,2% от БВП по данни от Евростат. България остава сред страните в ЕС, които продължават да отделят значително по-малко средства за здравеопазване, в сравнение със

средното ниво на страните–членки. За 2017 г. делът публичен разход за здравеопазване от БВП е 5,4%, докато за 2016 г. е 5,5%. Наблюдава се тенденция на запазване нивото на публичните разходи за здравеопазване за последната година.

Средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2000 г. е 139 лв., през 2008 г. е 385 лв., докато за 2016 г. е в размер на 616 лв. и за 2017 г. е 646 лв. Средният разход за едно лице през 2000 г. е 50 лв., а през 2005 г. е 99 лв. През 2015 г. се увеличава до 248 лв., за да достигне до 263 лв. през 2016 г. и 280 лв. през 2017 г.

Фигура 74. Среден разход на домакинство и на едно лице за здравеопазване, в лв.



Източник: НСИ

Потребление

През 2017 г. настъпват промени в потреблението на българските домакинства спрямо 2016 г. като консумацията на хляб и тестени изделия намалява с 0,9 кг и на зеленчуци с 2 кг. Увеличава се консумацията на плодове с 1,7 кг и безалкохолни напитки с 6,5 литра. На годишна база се увеличава средно на лице от домакинството потреблението на алкохолни напитки от 27,3 на 28,9 литра и на цигари от 639 на 656 броя.

Покупателната способност най–много е нараснала при ябълките, свинското месо, белия хляб, захарта. Като цяло се увеличава покупателната способност на всички основни хранителни продукти с изключение на маслото. Собствени жилища притежават 91,4% от домакинствата, 55% от домакинствата притежават компютър.

- **Бедност**

Борбата с бедността и социалното изключване е една от конкретните цели на ЕС и неговите държави-членки в областта на социалната политика. Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални намерения. Не съществува универсално европейско решение за бедността и социалното изключване.

През последните години гражданите на общността в Европа изпитват непрекъснати финансови затруднения и поради това прибегват до спестяванията си, дори и за да покрият ежедневни разходи. И през 2017 г. на този фон делът на домакинствата, заплашени от бедност и социално изключване, като средна стойност в ЕС, се запазва относително устойчив. На национално ниво има държави, сред които и България, в които заплахата от увеличаването на бедността расте през последните години.

Линията на бедност за България за 2017 г. е 351,08 лв. средномесечно на лице от домакинството и бележи ръст спрямо предходната 2016 г. При този размер под прага на бедност са били 1 665 мил. лица, или 23,4% от населението на страната (по данни на НСИ).

Размерът на линията на бедност нараства с 13,9%, но относителният дял на бедното население също нараства с 0,5% през 2017 г. в сравнение с 2016 г. Системата за социална защита има съществено значение за редуциране на бедността. Данните за 2017 г. показват, че ако в доходите на домакинствата се включат доходите от пенсии, но се изключат останалите социални трансфери (обезщетения, социални и семейни помощи и добавки), равнището на бедност се повишава от 23.4 до 29.2%, или с 5.8%. При изключване на пенсиите и останалите социални трансфери равнището на бедност нараства до 48.8%, или с 21.4%.

Основният фактор, който увеличава риска за попадане в групата на бедните за преобладаващата част от населението, е тяхната икономическа активност и участието им на пазара на труда. За целия период на наблюдение относителният дял на бедните е най-висок сред безработните лица – 58.7% за 2017 г., като рискът от бедност при безработните мъже е с 8.2% по-висок в сравнение с безработните жени. Делът на бедните сред заетите лица във възрастовата група 18-64 г. през 2017 г. намалява с 1.6% до 10.0% спрямо 2016 г. При работещите на непълно работно време рискът за изпадане в бедност е повече от четири пъти по-висок от този при работещите на пълно работно време. Същевременно рискът от бедност сред работещите жени е с 2.9% по-нисък от този при мъжете.

Задълбочават се социалните неравенства между отделните групи сред населението.

Месечната издръжка на живот на един член от 4-членно домакинство (2 възрастни и 2 деца) в края на септември 2016 г. достигна сумата от 560,81 лв., или общо са необходими 2 243 лв. (изследване на потребителските цени и издръжката на живот на ИССИ на КНСБ). В сравнение със септември 2008 г. през 2016 г. издръжката на живот се е увеличила с 19.1%. През 2017 г. 30% от домакинствата са с общ доход на човек под издръжка за бедните домакинства до 314 лв. - официалната линия на бедност или това са близо 2.1 млн. души. Все още обаче размерът на общия доход на лице представлява около 2/3 от необходимите средства за издръжка на живот. Това показва, че в стойностно изражение общият доход е на изключително ниски нива и дори при този темп на нарастване, все още не е в състояние да позволи достоен начин на живот.

Интересен факт е, че през 2017 г. КНСБ са изчислили за първи път и издръжката за живот за гр. София – за четиричленно домакинство са необходими 3003.32 лв., като средно издръжката на човек е 750.83 лв. Отчетено е, че инфлацията се завръща в България през 2017 г.

Фактически в България за 2016 г. 31.9% и 30% през 2017 г от населението живеят в условията на тежко материално лишение, което означава, че условията им на живот са ограничени поради липса на ресурси. Това са лица, които нямат възможност да си позволят поне 4 от общо 9 лишения, като например: да си позволят едноседмична почивка извън дома, да посрещнат неочаквани разходи, да заплатят сметките си за жилище, да поддържат дома си адекватно отоплен и т.н. По данни на Евростат всеки трети българин живее в тежки материални лишения и все още България заема водеща позиция в сравнение с държавите-членки ЕС -28.

По-задълбоченият анализ на отчетените от НСИ данни апелира към спекулациите с т.н. работещи бедни, чийто спад е намалял през 2016 г. от 11.4% на 9.9%. Подчертава се факта, че бедността е характеристика на домакинството, а наличието на работа е лична характеристика. Следователно е напълно възможно да се получава добра заплата и да се води по диференциация работещ беден, тъй като нетната сума, която получава месечно, е по-висока от линията на бедността.

Важен аспект в оценката на бедността е проявлението ѝ по области. През 2017 г. продължава най-ниска линия на бедност да се отбелязва в областите Видин и Пазарджик - съответно по 234 лв., а най-високата - в областите София (столица) - 511 лв., Габрово (399 лв.) и Стара Загора (396 лв.). Най-висок е относителният дял на бедните в областите

Кърджали 29.1%, Сливен - 28.2%, Шумен -25.8%. Най-нисък е относителният дял на бедните в областите Благоевград (13.2%), Плевен (14,8%), Разград (15,7%).

Линията на бедност за 2017 г. намалява спрямо 2016 г. в две области - Сливен (с 4.2%) и Монтана (с 2.5%). Основната причина за по-ниския размер на линията на бедност се дължи на намаляването на средния размер на дохода от пенсии с 16.7% и за двете области. Линията на бедност за 2017 г. се увеличава спрямо 2016 г. във всички останали области, по-съществено в областите Кърджали (с 30.2%), Ловеч (с 30.2%), Русе (с 25.3%), Варна (с 23.4%), Габрово (с 21.5%) и Видин (с 20.6%)

Относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок, независимо че като цяло лицата, живеещи под абсолютния праг на бедността, е намалял поради съживяване на пазара на труда, за някои области се увеличава размерът на дохода от трудова дейност, намаляват икономически неактивните лица и безработните.

От 2015 г. към въпросника за изследване на бедността е добавен въпрос за етническата принадлежност на лицата в отговор на нарастващата нужда на информация за домакинствата по етнически признак, включващ и оценка на бедността. През 2017 година, както и през 2016 г., най-висок е относителният дял на бедните сред лицата на ромската етническа общност - 77,2%, а най-нисък е сред лицата от българската етническа група - 15,7%. Делът на домакинствата с общ доход на 1 лице над издръжката на живота плавно нараства и вече се задържа трайно около 22%. За това благоприятства нарастването на търсенето на високо квалифицирана и качествена заетост, която е и по-високо заплатена. Това недвусмислено свидетелства за **задълбочаване на диференциацията и подоходното неравенство**. Тези изводи се потвърждават и от последните данни от изследването SILC на Евростат - съотношението на дохода на 20-те % най-богати към дохода на 20-те % най-бедни достига 7.1 през 2015 г. и 7.9 през 2016 г. Ако средно в ЕС делът на лицата, намиращи се в тежко материално лишение, намалява до 8.2%, в България той нараства и през 2017 г. е 8.2%. Съотношението на доходите на най-богатите и най-бедните 20% от населението в България достигна рекордните **8.2 пъти** по последни данни на Евростат за 2017 г.

Докладът на ЕК за покриването на критериите по нововъведения Стълб на социалните права определи ситуацията с неравенство у нас като критична. Ниските разходи за социална закрила, ниското ниво на данъчни приходи, както и липсата на прогресивност на данъчната система се определят като двигатели за усложняване. Това означава, че условията им на живот са били силно ограничени от липса на ресурси. Жизненият стандарт остава непроменен, продължава статуквото на самоограничаване, отлагане на плащания и липса на нарастване на доходите.

По възрастови групи рискът само от бедност е най-висок за населението в над трудоспособна възраст, както и за децата до 18-годишна възраст. Според икономическия статус рискът само от бедност е най-висок за безработните - 58,7% и пенсионерите – 28,3%, докато при останалите икономически неактивни лица е 27,8%.

Оценките на бедността в зависимост от типа на домакинството показват, че най-висок е относителният дял на бедните сред едночленните домакинства с лице на възраст над 65 години, самотните родители с деца, както и домакинствата с три и повече деца. Най-голямо нарастване на риска от бедност през 2017 г. в сравнение с 2016 г. се наблюдава при едночленните домакинства с лице на възраст над 65 години - с 10.8%. Относителният дял на бедните е най-нисък в домакинства с двама възрастни и едно дете (12.0%) и в домакинства с двама възрастни под 65 години (12.6%). Сред едночленните домакинства рискът от бедност при жените е с 20.2% по-висок, отколкото при мъжете. Ако в домакинството живее едно лице над 65 години, рискът от бедност е с 29.3% по-висок от домакинство, в което живее едно лице под 65 години.

Във връзка с поставените цели по ключови области в стратегията Европа 2020 от изследването по доходи и условията на живот се изчислява комбиниран показател за

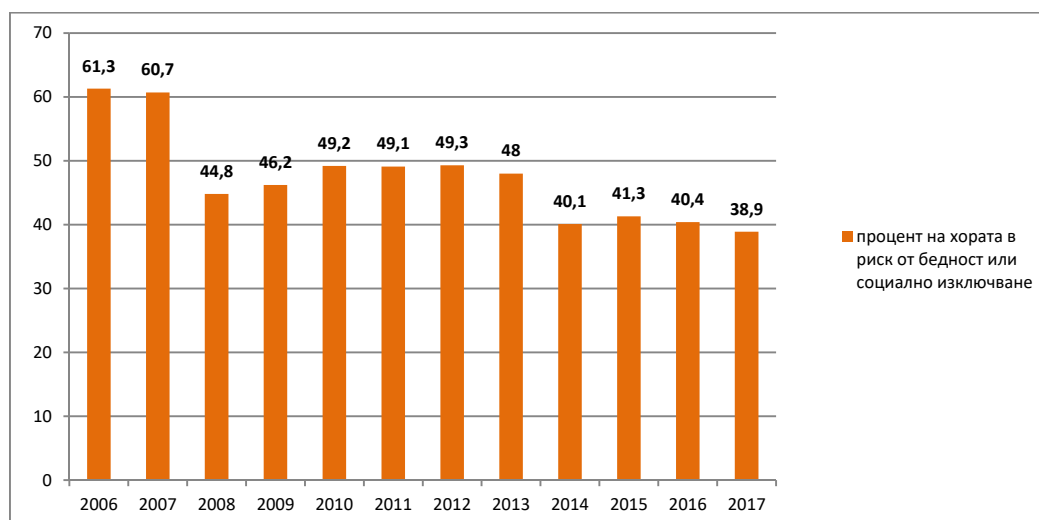
регулярен мониторинг за напредъка на страните при изпълнение на националните подцели. Показателят включва лица, живеещи в риск от бедност, материални лишения и в домакинства на безработни или с нисък интензитет на икономическата активност. Комбинирането на трите показателя показва, че през 2017 г. 38,9% от населението или 2766 хил. лица са били в риск от бедност и социално изключване. Стойността на показателя намалява с 1,5% спрямо 2016 г., повече с 1.7% при жените, в сравнение с мъжете – с 1,3%.

Образователното равнище оказва съществено влияние върху риска от бедност при заетите лица. Най-висок е относителният дял на работещите бедни с начално и без образование - 65.6% . С нарастване на образователното равнище относителният дял на бедните сред работещите намалява приблизително 2 пъти за лицата с основно образование и над 7 пъти за лицата със средно образование. Делът на работещите бедни с висше образование е 1.8%.

Коефициентът на Джини, измерващ разпределението на богатата в обществото, е най-висок в България спрямо 32 страни в Европа. През 2017 той е 40.2%, докато за 2016 г. е 37.7%. Най-социалните държави имат коефициент около 25, средното равнище на ЕС е приблизително 31, а през миналата 2017 г. България става единствената страна в общността с над 40. Делът на хората в тежки материални лишения все пак спада през 2017 г. от 31.9 на 30%. Като се има предвид, че в ЕС средното равнище е 6.7%, този индикатор би трябвало да спада значително по-бързо предвид свободното движение на работници и кохезионните политики на съюза, но този процес се възпрепятства от липсата на социални системи.

Наблюдава се и позитивно развитие. Около 20% от населението в страната живеят приемливо. Между 1-2% са богатите в България, докато 2/3 или над 70 % от българите нямат спестени пари.

Фигура 75. Процент на хората в риск от бедност и социално изключване



Източник: НСИ, 2018¹³

Деца в риск от бедност и материални лишения

Децата продължават да са специфична уязвима група, която в много голяма степен е застрашена от риск от бедност и социално изключване. През 2017 г. 29.2% от децата на възраст 0-17 години в България са изложени на риск от бедност, или с 2.7% по-малко спрямо 2016 година. Социалните трансфери към домакинствата намаляват риска от бедност сред децата с 12.6%. Рискът е най-висок при деца в домакинства с ниски доходи и нисък образователен ценз, деца с увреждания, лишените от родителски грижи и живеещи

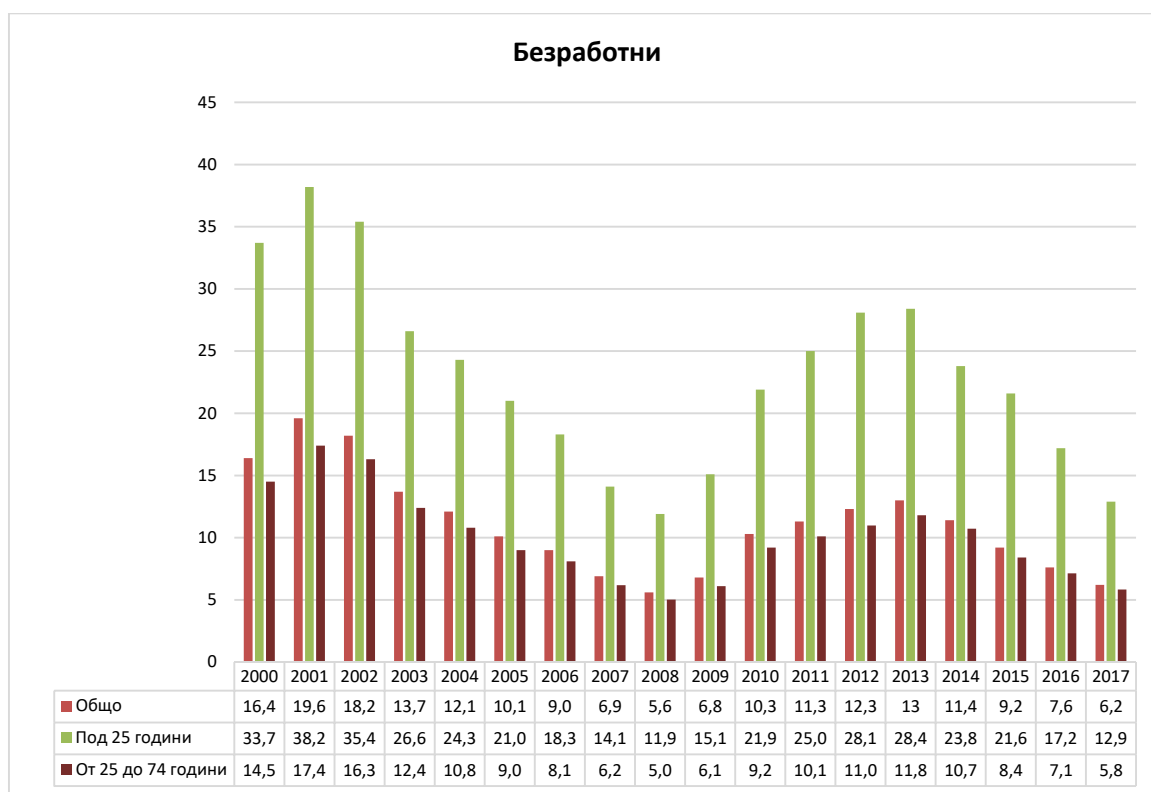
¹³ Съгласно методологията на НСИ, при измерването на риска от бедност и социално изключване е използван комбиниран индикатор. Той включва три показателя, в т.ч. риск от бедност, нисък интензитет на икономическа активност и материални лишения.

в лоши жилищни условия. Нивото на бедност сред българските деца е едно от най-високите за ЕС. През 2017 г. всяко осмо от десет деца (80.1%), чиито родители са с начално или без образование, живее в бедност. През 2016 г. относителният дял на децата с материални лишения е 51,4%, а за 6,0% от децата нито една потребност (изследване при 13 показателя) не може да бъде удовлетворено поради финансови причини. За 2017 г. относителният дял леко спада на 45.6%, като отново по финансови причини не се удовлетворяват никакви потребности на 4.3% от децата в риск от бедност. Образователният ценз и професионалната реализация на родителите продължават да бъдат важен индикатор за бъдещото развитие на децата.

- **Безработица**

Икономическото развитие у нас започна да генерира устойчив растеж на заетостта от 2014 г. насам, който и съществено се ускори през 2017 г. Безработицата в преобладаващата си част е дългосрочна, което подчертава нейния предимно структурен характер, при липсата на правилно насочени и достатъчни политики на активиране на заетостта за най-уязвимите групи от населението. Преходът от училище към заетост все още е проблематичен.

Фигура 76. Безработни лица по години и възраст

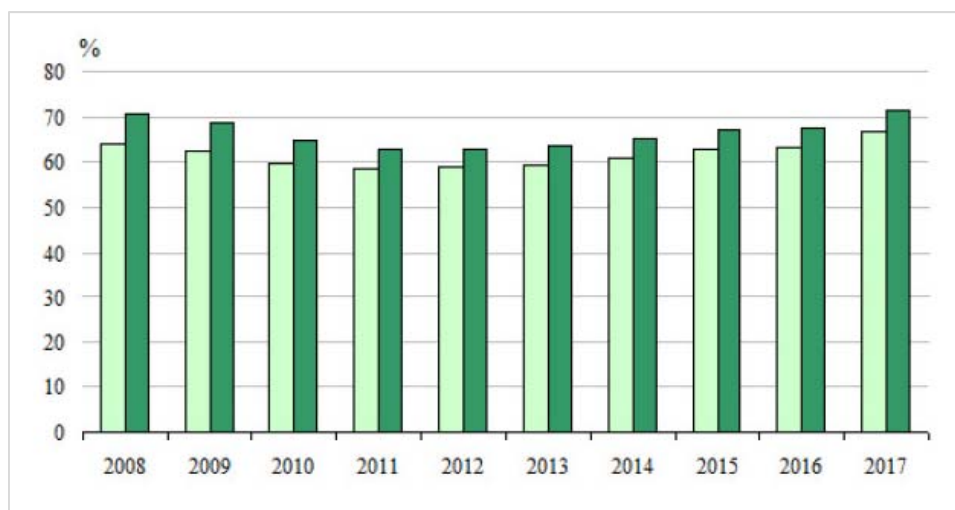


Източник: НСИ, 2017

Най-засегнати от безработица са младите хора на възраст под 25 години.

Анализирайки повечето индикатори, се наблюдава оживление в икономиката и на пазара на труда, което е в унисон и с положителното развитие в Европа като цяло. Големият проблем, обаче, остава все по-острата липса на работна ръка, което може да ограничи или спре подема на българската икономика.

Фигура 77. Коефициент на заетост по възрастови групи



Източник: НСИ, 2017

През 2015 г. е приет Национален план за заетостта, чиято визия е свързана с ускоряване на прехода от безработица към заетост в реалната икономика, включително на неравнопоставените групи на пазара на труда, приоритетно най-слабо развитите райони и намаляване на несъответствието между търсене и предлагане на работна сила. През 2017 г. планът продължава да се изпълнява и позитивното е, че за последните девет години е отчетена най-ниската безработица според Агенцията по заетостта.

В края на 2017 г. коефициентът на безработица намалява от 6.7% през 2016 г. до **6.2% през 2017 г.** Според националната статистика (НСИ) данните за работната сила показват че през 2017 г. безработицата намалява. Общият брой на заетите лица достига 3.16 милиона, като делът на заетите е 52.3% или на годишна база делът им се увеличава с 3.1%. Общо за **2017 г. безработните са 206,9 хил.**, от които 114.2 хил. са мъже и 92.8 хиляди са жени. В сравнение с **2016 г. коефициентът на безработица при мъжете намалява с 1.7%, а при жените – с 1.1%**

От всички безработни 14.8% са с висше образование, 50.4% - със средно, и 34.8% - с основно или по-ниско образование. Коефициентът на продължителна безработица е 4.5%. От общия брой на безработните лица 34 хил. или 15.9% търсят първа работа. По данни на НСИ общо за 2017 г. продължително безработните продължават да са с висок дял и съставляват 55% от общият дял безработни лица - 113,8 хил. лица. Коефициентът на продължителна безработица леко спада в сравнение с 2016 г. и в стойностно отношение е 3.4% -съответно 3.6% за мъжете и 3.2% за жените.

Безработицата сред младежите (15-24 навършени години) е 12.9%, а за възрастовата група 15-29 години - 9.9%. На годишна база тези коефициенти намаляват съответно с 4.3% и 2.3% спрямо 2016 г. на годишна база.

Икономически неактивните на възраст 15-64 навършени години са малко над 1.31 милиона, от които 569 хиляди са мъже и 747 хиляди са жени. Коефициентът на икономическа неактивност (15-64 навършени години) е 28.7% - съответно 24.6% за мъжете и 32.9% за жените.

Положителни са данните на НСИ за заетостта в страната. Общият брой на заетите лица в България през 2017 г. е 3,15 млн. души или над 51,9% от населението над 15 и повече навършени години. През 2017 г. икономически активните лица на възраст 15-64 години са били 3.27 млн. души или 71.3% от населението на същата възраст. В сравнение с 2016 г.

коэффициентът на икономическа активност (15-64 навършени години) се увеличава с 2.6%. Заетите лица на възраст 15-64 навършени години са 3.07 милиона. Коэффициентът на заетост за населението в същата възрастова група е 66.9%, съответно 70.6% за мъжете и 63.1% за жените или в сравнение с 2016 г. леко се покачва.

Заетостта сред хората на възраст 20-64 навършени години е 71.3%, или с 3,6% по-висока в сравнение с 2016 г. *Независимо от това, той остава под средния за 28-те страни на ЕС (Евростат)*. При мъжете коэффициентът на заетост за тази възрастова група е 75,3%, а при жените – 67.3%. В групата на 55-64 годишните коэффициентът на заетост е 58,2%. В сравнение с 2016 г. той отбелязва нарастване с 3.7%

През 2017 г. броят на обезкуражените лица на възраст 15-64 навършени години е 112.2 хиляди.

Най-висока заетост статистиката отчита в края на 2017 г. в сектора на услугите, където работят 1.9 млн. души или 62.8% от всички заети. В индустрията са заети над 966 хиляди (30.5%), докато в селското, горското и рибното стопанство – над 220 хиляди (6.7%).

От всички заети 3.5% (112 хил.) са работодатели, 7.6% (241.2 хиляди) – самостоятелно заети (без наети), 88.1% (2.79 млн.) – наети лица и 0.8% (24 хил.) – неплатени семейни работници. От общия брой на наетите лица 2.1 милиона (75.6%) работят **в частния сектор, а 648 хил. (24.4%) – в общественя.**

Минималната работна заплата от началото на 2017 г. е 460 лв. (ПМС 141/13.07.2017 г., ДВ бр.1, от 2016). Запазва се тенденцията на ниско равнище на минималната заплата в България, което се отразява и на покупателната способност в сравнение със страните членки на ЕС-28. Минималната часова заплата е 2,77 при продължителност на работният ден от 8 часа при 5 дневна работна заетост.

Данните за средната работна заплата показват непрекъснат растеж на доходите, дори в годините, непосредствено след настъпването на икономическата криза. По-бързата конвергенция на цените при търгуемите стоки е допринесла за доближаването на ценовото равнище в България до средното ценово равнище в ЕС, но дори и при храните, ценовото равнище все още е под средното за ЕС и като дял възлиза на 73.1% през 2017 г. (при измерването на ценовото равнище в дадена страна се включват и цените на услугите). По данни на Евростат през 2017 г. ценовото равнище в България е близко до БВП на глава от населението, измерено в стандарт на покупателна способност, и възлиза на около 50% спрямо средното в ЕС-28.

Регионалният поглед към данните на НСИ и Агенцията на Заетостта за развитието на пазара на труда в страната през 2017 г. показва, че въпреки продължаващия спад на безработицата, разкриването на работни места в много региони от страната е в постепенно забавен ход.

Наблюдаваните през последните години значителни териториални различия в равнището на безработица се запазват (НСИ). Картографирането на бедността в страната очертава драстични различия в териториален план. По експертни оценки, съществени са и различията в профила на бедност в градовете и в селата. Градската бедност е парична, докато бедността в селата е очертана от липсата на работа, некачествени или недостъпни здравни, образователни и социални услуги. Сред водещите причини могат да се определят: увеличаване на относителния дял на заетите лица в наблюдаваната съвкупност; увеличаване на средния размер на дохода от пенсии в намаляване на броя на безработните и други икономически неактивни лица.

Една от целите в стратегия „Европа 2020“ по отношение на заетостта е **75% от населението на възраст между 20 и 64 г. да е заето**. По този показател България изостава от средното равнище за ЕС. Налице е оптимизъм въз основа на постигнатия през 2016 г. лек ускорен икономически ръст, увеличаващата се заетост, повишаващите се реални доходи, намаляващо равнище на безработицата, увеличаване на потреблението и увеличени преки чуждестранни инвестиции. Въпреки тези положителни измерения,

отчетената дефлация в действителност не повлиява за значително повишаване на потреблението на домакинствата. Необходими са конструктивни структурни реформи, водещи до изравняване на доходите в ЕС, продуктивен икономически ръст и създаване на работни места.

- **Образование**

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Образованието оказва влияние и върху информираността на гражданите и здравето им поведение. Образованието е основен приоритет в националната ни политика.

Основните резултати от проведените от Националния статистически институт (НСИ) годишни изчерпателни изследвания, характеризиращи дейността на образователните институции, показват, че:

През 2017/2018г. завършилите средно образование в общообразователни и професионални училища са съответно 26.6 и 21.7 хил. ученици. Броят на записаните в различните степени на висшето образование за академичната 2017/2018 учебна година са 236.3 хиляди, докато за академичната 2016/2017 броят им е бил 249.9 хиляди.

Съвсем лек спад в броя на докторантите продължава и към 31.12.2017 г. в образователна и научна степен „доктор“ у нас се обучават 6 564 лица, от които 529 чужди граждани или с 26 повече от 2016 година.

През учебната 2017/ 2018г.общият брой на студентите в България, записани в образователно-квалификационните степени “професионален бакалавър“, “бакалавър“, „магистър“ и „доктор“ е 2346 хил., което е 13.6 хиляди или с 5.4% по-малко от 2016 г.

Неформалното образование и самостоятелното обучение не попадат в обхвата на образователната система.

През учебната 2017/2018 г. се отчита отново лек спад при записаните в детските градини с 1,6% по-малко от 2016 или 220.9 хил. деца.

3.1.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда

- **Атмосферен въздух**

Лошото качество на атмосферния въздух се идентифицира като съществен, но предотвратим рисков за човешкото здраве фактор. Системната експозиция на повишени нива атмосферни замърсители директно или индиректно провокира диапазон от нежелани ефекти - от незначителни функционални смущения до появата на сериозни заболявания на отделни органи и системи. Международните и европейските институции акцентират върху ролята и значението на атмосферното замърсяване в структурата на заболяемостта и смъртността и оценявайки високата му цена за обществото, апелират към разработване и прилагане на глобална стратегия по околна среда и здраве с водеща роля на здравния сектор в процеса на подобряване качеството на въздуха и минимизиране риска за здравето на населението.

В съответствие с действащата в Република България законова и подзаконова нормативна база, съгласувана с европейските политики, асоциирани с качеството на въздуха, министърът на здравеопазването съвместно с министъра на околната среда и водите утвърждават норми за пределно допустими концентрации на вредни вещества (замърсители) в атмосферния въздух. Въз основа на получените данни за качеството на атмосферния въздух (КАВ) от ръководената и поддържаната от Изпълнителната агенция по околна среда към МОСВ Национална автоматизирана система за контрол качеството на атмосферния въздух (НАСККАВ)¹⁴ МЗ и подразделенията му извършват оценка на

¹⁴ Националната система за мониторинг, изградена от около 40 автоматични измервателни станции, включваща и няколко работещи на оптичен принцип (ДОАС) такива, контролира в реално време (24 часа) нивата на атмосферните замърсители, позволявайки идентифициране на резки влошавания в качеството на въздуха, създаващи потенциална опасност за здравето на населението, и дава възможност на националните и общински заинтересовани институции за навременни управленски решения, целящи минимизиране риска за здравето и живота на населението. Системата за качеството на атмосферния въздух разполага също с 6 броя мобилни

здравния риск, съобразена с токсикологичната характеристика на всеки атмосферен замърсител.

Ежедневно чрез НАСККАВ се контролират концентрациите на фини прахови частици (ФПЧ₁₀ и ФПЧ_{2,5}), серен диоксид, азотни оксиди, въглероден оксид, озон, бензен, олово, кадмий, никел, арсен, полициклични ароматни въглеводороди. Допълнително, според характера и спецификата на източниците на емисии, в отделни райони, могат да се контролират също нивата на: амоняк, толуен, ксилен, стирен, серовъглерод, сероводород и др. Оценката на КАВ се изготвя в съответствие с регламентираните с нормативните документи норми за опазване на човешкото здраве за всеки конкретен замърсител.

През 2017 година въпреки маркираната положителна тенденция към подобряване на КАВ проблем, почти за всички населени места, остават фракциите на фините прахови частици и предимно на ФПЧ₁₀. Средногодишните им концентрации превишават нормата за опазване на човешкото здраве само в гъстонаселените градски райони (основно в София и Пловдив), докато регистрираните средноденонощни концентрации, с малки изключения, надхвърлят допустими брой дни с превишения на съответната норма почти във всички общини. В населените места, в които основен източник на фини прахови частици е битовото отопление (Благоевград, Горна Оряховица, Ловеч, Пазарджик, Шумен, Сливен, Смолян) превишенията на денонощните пределнодопустими стойности на ФПЧ₁₀ са регистрирани само през студения сезон, докато в други населени места с наличие на многобройни специфични индустриални дейности и интензивен трафик (Бургас, Перник, Плевен, Пловдив, Русе, София, Свищов, Видин), въпреки че измерените високи концентрации на фини прахови частици преобладават в дните през отоплителния период, те са често явление и през останалите сезони.

Азотните оксиди поддържат устойчиви през годините нива, близки до нормите, но без да се маркират съществени екстремни превишения.

Сяросъдържащите атмосферни замърсители (серен диоксид, сероводород) са приоритетни за изолирани населени места, на територията на които функционират множество термални минерални извори или са ситуирани локални индустриални емитери. Серният диоксид остава проблемен замърсител за атмосферния въздух на Гълъбово и Перник, където през 2017 г. са регистрирани превишения на средночасовите и средноденонощните концентрации над допустимия регламентиран с нормативните документи брой. Сероводородът се очертава като проблем в райони с локални индустриални източници (Разград, Долно Езерово, Свищов), емисиите от които създават периодичен проблем за КАВ в тези населени места, надвишавайки от незначителна до умерена степен съответните средночасови и средноденонощни пределнодопустими норми.

Персистирането на по-високи от допустимите нива на фини прахови частици остава основен проблем за качеството на атмосферния въздух, създаващо потенциален риск за здравето на населението. Подобряването на КАВ следва да бъде приоритет от национално значение, изискващ разработване на конкретни програми за редуциране както на директните емисии на фини прахови частици, така също и на емисиите на NO_x, SO₂ и амонячните прекурсори на праховите аерозоли, участващи при вторичното им формиране. В районите с установени проблеми по отношение качеството на въздуха съвместно с регионалните структури на МЗ, МОСВ и общинските администрации е необходимо да се разработят или актуализират съществуващи вече общински програми за намаляване нивата на замърсителите и достигане на нормите за качество на атмосферния въздух, като се посочат конкретни източници на устойчиво финансиране, срокове и отговорни изпълнители.

автоматични станции (МАС), които се използват за извършване на допълнителни измервания в райони, в които липсват или е ограничен броя на стационарните пунктове, както и в случаите на инциденти или аварийни ситуации. В допълнение към автоматизираната система за контрол на КАВ се поддържат още няколко пункта с ръчно пробонабиране (9 - обслужвани от РИОСВ и 5 от РЗИ), данните от които имат само индикативен характер поради ограничен времеви обхват.

Най-честите изисквания, целящи редуциране нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното им въздействие върху здравето на населението, насочени към основните регионални емитери, са свързани с прекратяване¹⁵ или изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; газифициране на населените места с оглед намаляване на емисиите на прахови частици, серен диоксид и азотни оксиди от битовото отопление; регламентиране на стандарти за качеството на твърдите горива и ефективността на отоплителните уреди; залесяване на общинските терени; възстановяване и поддържане на озеленителните пояси; оптимизиране на трафика, обновяване на автомобилния парк на обществения транспорт, поощряване обновяването и поддържането в добро състояние на личните транспортни средства (задължителни каталитични конвертори и филтри за твърди частици); изграждане на велоалеи; оптимизиране системата на сметосъбиране и сметоизвозване, забрана за изгаряне на отпадъци на нерегламентирани терени и др. Следва да се отбележи, че трудностите по отношение на постигането на нормите за качество на атмосферния въздух до голяма степен произтичат от социалното и икономическо състояние на страната.

В заключение и предвид предимно антропогенния характер на по-голямата част от атмосферните замърсители (производство на топлинна и електроенергия, неефективни транспортни системи, лоши градоустройствени решения в съчетание със специфичен релеф) като приоритетни за общественото здраве могат да бъдат определени персистиращите високи нива на фините прахови частици, следвани от някои газообразни замърсители с предимно локално значение (серен диоксид, сероводород, летливи органични съединения). Редуцирането им изисква адаптиране на всички управленски нива на политиките, насочени към създаване и поддържане на здравословна жизнена среда, с акцент върху подобряване качеството на въздуха чрез прилагане на гъвкави междусекторни политики.

Водещата роля на здравния сектор при формирането и провеждането на дългосрочна политика за опазване здравето на нацията, включително и редуциране на риска, асоцииран с въздействието на факторите на околната среда, следва да се развива в посока поощряване на иновационни и нисковъглеродни технологии, целящи създаване на екологично чисти производства, както и в разработване на национални програми, реализиращи следните специфични дейности:

- Подобряване информираността на населението не само относно качеството на въздуха в реално време¹⁶, но и с цел повишаване екологичната и здравната култура на обществото с оглед създаване на модели на поведение, насочени към здравословен начин на живот и активно участие в процеса на опазване на околната среда;
- Усъвършенстване мониторинга на качеството на атмосферния въздух;
- Съгласно препоръките на Световната здравна организация да се извърши оценка нивото на въздействие на замърсения въздух в затворени помещения и атмосферния въздух и свързаните с това рискове от възникване на заболявания и усложнения на други. Провеждане на епидемиологични проучвания, свързани с оценка тежестта на определени заболявания поради замърсяване на въздуха в затворени помещения и замърсяването на атмосферния въздух и комбинирания ефект от тези два фактора върху здравето на населението на национално и регионални нива.
- Определяне на изследователски приоритети и подкрепа на епидемиологични проучвания, позволяващи обективна оценка на независимия ефект на атмосферното

¹⁵ Отчетливо редуциране замърсяването на атмосферния въздух е маркирано в град Кърджали след преустановяване дейността на един от основните емитери на вредни емисии-оловно-цинковия комбинат, както и в района на енергийния комплекс „Марица-Изток“ след изграждане на сероочисващите инсталации на топлоелектрическите централи.

¹⁶ В редица населени места (София, Бургас, Стара Загора, Казанлък, Русе, Силистра, Никопол и Свищов) са изградени публични информационни табла за предоставяне на информация на обществеността за качеството на атмосферния въздух в реално време.

замърсяване върху здравето, както и ефективността от интервенции в замърсяващи сектори;

- Идентифициране и прогнозиране на очакваните рискове и ползи за здравето, асоциирани с най-замърсяващите отрасли, с оглед подбор на подходящи интервенции, гарантиращи най-много ползи за здравето.

Изводи

- Резултатите за 2017 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух не показват значими разлики в сравнение с предходния наблюдаван период. Приоритет е замърсяването с фини прахови частици.
- Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението, са свързани с изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; газифициране на населените места; регламентиране на стандарти за качеството на твърдите горива и ефективността на отоплителните уреди, оптимизиране на трафика; обновяване на транспортните средства; поощряване на иновационни и нисковъглеродни технологии, целящи създаване на екологично чисти производства.

- **Питейни води**

От основно значение за общественото здраве и качеството на живот на населението е осигуряването на непрекъснато водоснабдяване с безопасна и съответстваща на нормативните изисквания питейна вода, предпоставка за което е централизираната водоснабдителна система. По данни на НСИ¹⁷ от годишните статистически наблюдения за водоснабдяване и канализация през периода 2012-2016 г. 99,3% от населението в страната е свързано с обществено водоснабдяване - показател за висока степен на достъпност и осигуреност на потребителите с вода за питейно-битови цели, която е обект на системен мониторинг. Въпреки това все още има населени места, в които през годините се налага въвеждане на сезонен или целогодишен режим на водоподаване.

Съгласно Закона за водите и Закона за здравето, компетентен орган в Република България в областта на контрола на качеството на питейните води е МЗ. Подаването на съответстваща на изискванията питейна вода и провеждането на мониторинг в пълен обхват е отговорност на ВиК операторите. РЗИ контролират съответствието на питейната вода при потребителя с цел защита на общественото здраве.

В страната са обособени общо около 2600 зони на водоснабдяване. От тях близо 7% са категоризирани като големи, респ. в тях се подават над 1000 куб. м. вода в денонощие и/или се водоснабдяват над 5000 жители. Във всички зони на водоснабдяване са определени пунктове за мониторинг, съобразно нормативната уредба. Качеството на питейната вода се мониторира по органолептични, микробиологични, химични, и радиологични показатели.

Прегледът на обобщените данни на РЗИ от провеждания от тях контролен мониторинг на качеството на водата за питейно-битови цели за 2017 г. показва, че съответствието с изискванията се констатира при 98,7% от всички анализи и е сравнимо с това през предходните няколко години.

В по-голямата част от областите в страната съответствието по *микробиологични* показатели е от порядъка на съобщаваното през последните години, в т.ч. и по отношение на показателите ешерихия коли и ентерококи, които са с по-голяма тежест при оценката на епидемичната безопасност на питейната вода. Установените несъответствия по отделни микробиологични параметри са сравнително по-чести в по-малки зони на водоснабдяване – индикация за недобра водоснабдителна практика, респ. неефективен и непостоянен

¹⁷ Национален статистически институт (<http://www.nsi.bg/>), Статистика на водите.

режим на дезинфекция на водата, включително и в зони с амортизирана водоразпределителна мрежа и чести аварии. Показателни за това са и случаите на констатирани отклонения по отношение на нормативните стойности за остатъчен дезинфектант, в т.ч. и превишението им.

Обобщено, съответствието по контролираните *органолептични и химични показатели* остава сравнително високо и съпоставимо с констатираното през предишни години. Ясно изразени остават и някои регионални проблеми, които не са нови за водния сектор и съществуват от много години. Свързани са основно с дифузното замърсяване с нитрати на подземни води, които се използват като източници за питейно-битово водоснабдяване, както и с добив на питейни води от природни източници с качества несъответстващи на изискванията за питейни, без прилагане на необходимите мерки за корекцията им.

В редица области на страната продължават да се регистрират отклонения по *химични* показатели със здравно значение, с което питейната вода може да стане значим фактор, със съществен негативен принос към общата експозиция на населението, в т.ч. и на съответни уязвими групи от него, ако не се спазват указанията на здравните власти.

И през 2017 г. най-широко разпространени остават *отклоненията* по показател *нитрати*. Такива продължават да се регистрират в около 300 предимно малки зони на водоснабдяване, преобладаващо в райони с развито земеделие и животновъдство. Давността на проблема е от десетилетия, като най-засегнати са водоснабдителни зони в областите В. Търново, Бургас, Ямбол, Плевен, Шумен, Хасково, Варна, Ст. Загора, Ловеч, Разград, Добрич, Русе, Търговище, Пловдив, Пазарджик, Враца и Сливен. В значителна част от зоните отклоненията имат сравнително постоянен характер. Преобладаващо са до два пъти над допустимата стойност, в отделни зони и по-значителни. В някои от зоните се наблюдават несъответствия и по показател *нитрити*.

С по-малък териториален обхват са устойчивите отклонения по:

- *хром* - в установен брой малки зони в областите Враца, Плевен и Монтана. Дължат се на естествено обусловено по-високо съдържание на хром във водоизточниците и отсъствие на коригиращи мерки

- *естествен уран* е установен в ограничен брой зони в области Хасково, Пловдив, Благоевград, Перник, Сливен, и се дължи преди всичко на повишено съдържание на уран от естествено или антропогенно обусловени причини (в близост до бивши уранодобивни обекти).

Несъответствия с изискванията за качество на питейните води продължават да се установяват и по показатели от групата на *индикаторните*, които не водят до създаване на пряк здравен риск, но са показател за проблеми във водоснабдителните системи и обработката на водата, което влошава качеството на водата и може да доведе до индиректен здравен риск, например при ползване на вода от нерегламентирани водоизточници. Сравнено с предишни периоди, отклонения продължават да се регистрират по показатели:

- *манган* - в редица зони, предимно в областите Хасково, Габрово, Пловдив, Ямбол, Сливен. Особено остър остава този проблем в зони на водоснабдяване Брягово, Николово, Симеоновград в обл. Хасково и е свързан с естествените условия, при които се формират водите.

- *желязо* - най-често в зони с несъответствия по манган, като обл. Хасково или преходно във водоснабдителни зони в ред други области, като Стара Загора, Габрово и др.

- *органолептични показатели* (най-често мътност, по-рядко - цвят, мирис, вкус). В някои случаи отклоненията са свързани с наднормени количества на желязо и манган в подаваната вода, а в други с липса на пречистване на водата от повърхностни водоизточници или често аварииращи водоснабдителни мрежи на населените места и др.

Със силно ограничен териториален обхват – в 1 до 10 зони най-често в единични проби са констатирани несъответствия по показатели *алуминий, амоняк, натрий, арсен, флуориди, олово, сулфати, активна реакция (pH), електропроводимост, хлориди, окисляемост.*

По отношение на проведения здравно-радиационен контрол на питейни води на територията на страната (*на база собствени анализи на НЦРРЗ, РЗИ и ВиК*) най-често са установени превишавания на контролното ниво на показателя обща алфа-активност и в значително по-малък брой проби - на обща бета-активност. В случаите на надвишени контролни нива по тези показатели са дадени предписания за провеждане на допълнителни анализи за определяне съдържанието на конкретни радионуклиди, на база на които е оценена индикативната доза от поглъщане на радионуклиди с питейна вода. ,

За 2017 г. във връзка с нарушения по отношение качеството на питейната вода на централно водоснабдените населени места са връчени 868 предписания и 28 заповеди. За констатирани нарушения на здравните изисквания са издадени 132 акта за установени административни нарушения и 123 наказателни постановления.

При констатиране на отклонения в качеството на питейната вода, създаващи риск за здравето на населението регионалните здравни органи издават предписания (до ВиК оператори, общинска и областна управа и др.) със задължителни за изпълнение мерки и срокове; предписания и заповеди за ограничаване или преустановяване ползването или подаването на питейна вода, както и съответни препоръки към общинските и областните власти при възникване на аварийни бедствени ситуации, водещи до спиране или ограничаване на водоподаването и ползването на водата.

Чрез средствата за масова информация и интернет страниците си регионалните здравни органи своевременно информират населението за наложени забрани и ограничения за ползване на питейните води, вкл. при бедствени и аварийни ситуации, и за необходимите мерки и препоръки, които трябва да се спазват до възстановяване качеството на питейната вода.

През 2017 г. не са регистрирани епидемични взривове, свързани с питейните води.

Независимо от постигнатите резултати от оперативните мерките, предприети от страна на органите на държавния здравен контрол и ВиК операторите, за превенция и отстраняване на потенциалния здравен риск за потребителите, свързан с констатирани отклонения от изискванията за качеството на питейната вода, е необходимо прилагане на интегриран подход към очертаните проблеми, приоритизиране и реализиране на целенасочени и координирани действия от всички ангажирани сектори на регионално и национално ниво.

Най-често изтъквани *причини* за констатираните отклонения са:

- неефективна и непостоянна дезинфекция на водата поради липса на подходяща апаратура за правилно и непрекъснато дозиране на дезинфектантите;
- лоша технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение на съоръженията за дезинфекция или техният недостатъчен брой;
- отсъствие на пречиствателни станции и съоръжения, необходими за пречистване на водите, предназначени за питейно-битово водоснабдяване;
- остаряла, амортизирана и често авариреща водопроводна мрежа в населените места, в по-голямата си част изградена и въведена в експлоатация през 60-те и 70-те години на миналия век, включваща и етернитови (азбестоциментови) водопроводи;
- липса на санитарно-охранителни зони около водоизточниците или неспазване на режима на ограничения и забрани в тях;
- неправилно и несъответстващо на добрите земеделски практики използване на азотни минерални торове; неспазване на изискванията за събиране, съхраняване и обезвреждане на торовия отпадък в животновъдството; липса на канализация и съоръжения за пречистване на фекално-битови отпадъчни води;

- използване на водоизточници с природно обусловено наднормено съдържание на някои елементи, като флуор, хром, манган, без съответно пречистване на водата;
- грешки поради ниска квалификация или недобросъвестно изпълнение на служебните задължения от служители на ВиК операторите;
- въвеждане на режимно водоснабдяване особено през лятото и есента в предимно малки населени места в страната.

От съществено значение за наличие на отклонения и влошена органолептика на водата е състоянието на вътрешните водопроводни инсталации в жилищните и административните сгради, за чието стопанисване са отговорни техните собственици.

Основните мерки, които следва да се предприемат за решаване на проблемите с качеството на питейните води, най-често са комплексни, свързани с необходимост от:

- реконструкция и модернизация на водоснабдителните мрежи и съоръжения, изграждане на нови станции за пречистване на питейни води и осигуряване на съвременни технически средства за дезинфекция на водата и контрол на процеса;
- търсене и разкриване на нови водоизточници, създаване на връзки между зони на водоснабдяване, където е необходимо, с оглед недопускане отклонения в качеството на водата, подавана за питейно-битови цели;
- актуализиране на санитарно-охранителните зони около водоизточниците и засилен контрол върху спазването на забраните и ограниченията в тях от страна на водоснабдителите и контролните органи;
- подобряване на контрола върху спазване правилата на добрата земеделска практика и други мерки с цел недопускане замърсяването на водите с нитрати от земеделски дейности; реализиране на програми за обучение на фермерите - важна предпоставка за недопускане замърсяването на питейните води с нитрати и пестициди. Въвеждане на задължителен характер на правилата за добра земеделска практика във вододайните зони;
- реализиране на програми за повишаване на квалификацията на служители на водоснабдителните организации, отговорни за осигуряване подаването на безопасна питейна вода в по-малките населени места.

В посока към намиране на устойчиви решения за проблемите, свързани с качеството на подаваната към потребителите питейна вода, са инициативите за подобряване на колаборацията между компетентните държавни институции - МЗ, МРРБ, МОСВ и изпълнението на дейности и политики, като:

Стратегията за водния сектор, в рамките на която са разработени и одобрени (вкл. и от МЗ) регионалните генерални планове за развитие на ВиК инфраструктурата на обособените територии.

Разработване на регионални прединвестиционни проучвания за конкретизиране на мерките, свързани с основните проблеми с качеството на питейната вода в съответните региони, начините, сроковете и финансовите средства необходими за решаването им.

Мерки, заложи в Планове за управление на водите на 4-те Басейнови дирекции към МОСВ за периода 2016-2021г. и свързани с функционирането на водоснабдителните системи, изграждане на СОЗ около водоизточниците и др.

Започване на работа по изработване на планове за безопасност на водите, базирани на оценка на риска, които да идентифицират възможните причини и показателите, по които е възможно да възникнат несъответствия в качеството на водата в дадена зона на водоснабдяване и да предвидят необходимите мерки за отстраняване на риска и недопускане отклонения в качеството на водата.

Изводи:

- Данните от проведения през 2017 г. мониторинг на качествата на питейната вода при потребителите не се различават съществено от наблюденията от предходните

години и като цяло показват сравнително високо ниво на съответствие с нормативните изисквания.

- В по-голямата част от зоните на водоснабдяване в страната се подава питейна вода, без трайни несъответствия. В някои зони, обаче продължават да се регистрират системни отклонения по здравно-значими и индикаторни химични показатели, което изисква реализиране на адекватни комплексни мерки за отстраняване на причините, които ги предизвикват.
- Постигнато е сравнително добро ниво на съответствие на подаваната питейна вода по микробиологични показатели над 96-98%. Необходими са насочени мерки за осигуряване на непрекъснатост, ефективност и оперативен контрол на дезинфекцията и обезпечаване на адекватно хигиенно състояние на водоснабдителните мрежи и съоръжения.
- Няма регистрирани епидемични взривове, свързани с питейните води.

- **Води за къпане**

Изисквания към качеството на водите за къпане (това са водите в открити водни площи, използвани масово от хората за къпане – море, язовири, реки, езера) и мониторинга, който се извършва, са регламентирани в Директива 2006/7/ЕО за управление качеството на водите за къпане и съответната българска наредба, транспонираща тези директива в националното законодателство - Наредба № 5 за управление на качеството на водите за къпане (обн., ДВ, бр. 53 от 2008 г., посл. изм. и доп., бр. 5 от 18.01.2013 г.), наричана по-надолу „Наредба № 5“.

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 на качеството на водите за къпане през сезона за къпане, чрез пробонабиране и анализ на водата най-малко веднъж на две седмици във всяка зона за къпане. Пробите се изследват по два микробиологични показателя – „ешерихия коли“ и „чревни ентерококи“. През сезон 2017 г. са взети и изследвани общо 830 проби.

През сезон 2017 г. е извършван мониторинг на водите за къпане в 95 зони за къпане (91 по Черноморското крайбрежие и 4 във вътрешността на страната).

Съгласно изискванията на горепосоченото европейско и национално законодателство в тази област, водите за къпане се класифицират в следните категории – с отлично, добро, задоволително и лошо качество. Категоризацията се извършва ежегодно по специална формула на базата на резултатите от анализите за последните поредни четири сезона за къпане. Това означава, че за категоризирането на водите за къпане за сезон 2017 г. са използвани резултатите от всички анализи за съответната зона извършени за периода 2014-2017 г.

Съгласно резултатите от провеждания мониторинг през сезон 2017 г. предварителната категоризация на зоните за къпане в България показва следното:

- с „отлично качество“ са 44,2% от зоните - 42 зони за къпане (при 61 зони за 2016 г.);
- с „добро качество“ са 48,4% от зоните – 46 зони за къпане (при 27 през 2016 г.);
- със „задоволително качество“ са 6,3% от зоните – 6 зони за къпане (при 5 за 2016 г.);
- с „лошо качество“ са 1,05% от зоните – 1 зони за къпане (при 1 за 2016 г.)

За сравнение, съгласно общоевропейския доклад за качеството на водите за къпане за сезон 2017 г. в Европейския съюз с отлично качество са 85% от зоните, с добро качество са 8,6%, със задоволително- 2,4% а с лошо качество – 1,4%.

Данните по-горе показват продължаваща тенденция за намаление броя на зоните с отлично качество за сметка на тези с добро качество на водите, поради което

процентът на водите с отлично качество е относително нисък, а на тези с добро качество относително висок в сравнение с средноевропейските процент на води с отлично качество и относително висок процент на води с добро или задоволително качество в България спрямо средните стойности за ЕС, поради което, като цяло качеството на водите за къпане в България е сравнително ниско спрямо по-голямата част от останалите страни-членки на ЕС.

Анализът на данните за 2017 спрямо 2016 г. показва, че **5 от зоните за къпане в страната подобряват класификацията си** като две от зоните (Лозенец – Централен плаж и Черноморец – Централен плаж) от „задоволително“ преминават в „добро“ качество, а три зони (Бургас-Централен плаж, Къмпинг Оазис - Царево и Слънчев бряг – х-л Виктория Палас) от добро променят категоризацията си на „отлично“ качество на водите.

Подобряването качеството на водите в Лозенец и Черноморец са добър пример за това как мерките предприети за изграждане на нови колектори и на нови съоръжения и реконструкция на пречиствателните станции за отпадъчни води (изграждане на ретензионен резервоар към ПСПВ „Лозенец“ и включване на отпадъчните води от гр. Черноморец към ПСПВ „Созопол“) имат съществен ефект по отношение качеството на водите за къпане.

Зоните, които влошават категоризацията си, са общо 25. От тях 22 преминават от „отлично“ в „добро“ качество на водите, а три зони (Северен плаж – гр. Бяла, Централен плаж – гр. Бяла и плаж „Чайка“ – гр. Бяла, област Варна) от „добро“ преминават в „задоволително“ качество.

През сезон 2017 г. с „лошо“ качество на водите за къпане продължава да бъде „Офицерски плаж“, гр. Варна, поради значително микробиологично замърсяване на водата.

Зоните със „задоволително“ качество на водите за къпане (т.е. в които също е имало значително отрицателно въздействия върху качеството на водите през периода 2014-2017 г.) са: „Южен плаж“- гр. Варна, „Централен плаж“, гр. Варна, „Аспарухово-централен плаж“ – гр. Варна, „Северен плаж“ – гр. Бяла, „Централен плаж“ – гр. Бяла и плаж „Чайка“ – гр. Бяла.

Значително влошено е и качеството на водите през сезон 2017 г. в сравнение с 2016 г. и в зоните за къпане в област Кърджали (в яз. „Кърджали“ и яз „Студен кладенец“).

При установени отклонения в качеството на водите за къпане, представляващи непосредствен риск за човешкото здраве, органите на държавния здравен контрол своевременно уведомяват другите компетентни органи – МОСВ или регионалните му структури – РИОСВ и Басейнови дирекции, областни управители и кметове за идентифициране на причините и предприемане на необходимите мерки. При опасност от възникване на здравен риск за хората се налага временна или постоянна забрана за къпане. През сезон 2017 г. такива ограничени не са налагани.

На национално ниво не са докладвани данни за доказана причинно-следствена връзка между състоянието на водите за къпане и възникване на заболявания през сезон 2017 г.

Актуална информация по време на сезона за къпане за качеството на водите за къпане се публикува на интернет-страниците на Министерство на здравеопазването и на Регионалните здравни инспекции - Бургас, Варна, Добрич, Кърджали и Разград.

Най-често причините са влошаване качеството на водите за къпане са свързани с недостатъчния брой и капацитет, както и недобрата поддръжка на станциите и съоръжения за пречистване на отпадъчни води при активно застрояване, а на места и презастрояване на крайбрежието. 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 или в близост до зоните за къпане и др.

- **Почви и отпадъци**

През 2017 г. не е установено дифузно замърсяване на почвите в урбанизираните територии на страната, което да е причина за повишаване на здравния риск. Състоянието и качеството на пясъка в регламентираните плажове по българското Черноморие отговаря на хигиенно-профилактичните изисквания. Не са доказани епидемиологично свързани случаи на заболявания, в резултат на лошо поддържане чистотата на населените места, събирането, извозването и третирането на битови отпадъци. Управлението на медицинските отпадъци се извършва и контролира съгласно „Наредба № 1 за изискванията към дейностите по събиране и третиране на отпадъците на територията на лечебните и здравните заведения (обн., ДВ, бр. 13 от 17.02.2015 г.)“, като е въведено разделно събиране на опасните от неопасните отпадъци и са сключени договори за тяхното последващо третиране.

- **Шум**

В последните години значителен дял от населението на страната е концентрирано в големите градове. Така се увеличава броят на лицата, експонирани на високи шумови нива, които при продължително въздействие причиняват неблагоприятни ефекти върху здравето и самочувствието.

Шумът от наземния транспорт се счита за доминиращ източник в околната среда, представляващ 80% от общия фонен шум. Шумът, който се формира в околната среда като резултат от транспортния трафик, е най-често в диапазона от 65 до 75 dB(A).

Ефектите от излагане на въздействието на шума, като неприятно усещане, раздразнителност и стрес трудно могат да бъдат измерени и отнесени към различните условия за превишаване на шумовите нива. Необходимостта от контрол и управление на шума в урбанизираната среда у нас са регламентираны в Закона за защита от шума в околната среда (ДВ бр. 74/2005) и Закона за здравето (ДВ бр. 70/2004).

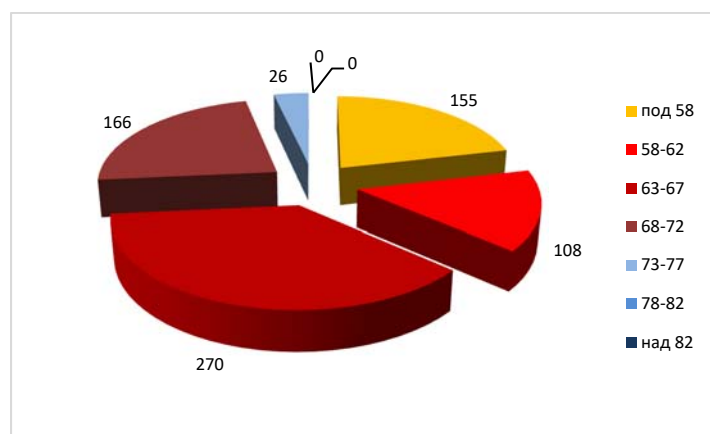
Важен индикатор за състоянието на акустичната среда е съотношението между нивата на шума, които са под граничните стойности и тези, които трайно се задържат над тях.

Министерство на здравеопазването чрез своите териториални органи – регионалните здравни инспекции (РЗИ), извършва систематичен контрол и мониторинг на шума в населените места. Мониторингът на шума се извършва на основание на Наредба № 54 от 2010 г. на МЗ и МОСВ „за дейността на националната система за мониторинг на шума в околната среда и за изискванията за провеждане на собствен мониторинг и предоставяне на информация от промишлените източници на шум в околната среда“ (обн., ДВ, бр. 3 от 2011 г.), в съответствие с изискванията на „Методика за определяне броя, разположението и разпределението на пунктовете за мониторинг на шума, както и периодичността на измерванията и/или изчисленията на шумовите нива“.

Националният център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) изготвя обобщен годишен доклад въз основа на данните за дневните еквивалентни нива на шума от предходната година, предоставени от РЗИ.

В обобщения годишен доклад се прави анализ на резултатите за 2017 г., а също така и за периода 2006-2017 г., в който се извършва мониторинг на шума съгласно Директива 2002/49/ЕО. Предоставените от РЗИ данни, отразяват измервания на нивата на шума в 726 пункта, като обхващат всички областни градове на страната и девет общини.

Фигура 78. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии за 2017 г., в брой пунктове



През 2017 г. относителният дял на пунктовете с установени нива на шума над граничните стойности се е понижил с 2,3 % в сравнение с 2016 г. Това понижение се дължи главно на по-малкия брой на пунктовете с наднормени нива, разположени в производствено–складовите територии и в зоните за обществен и индивидуален отдих.

Най-голям дял от избраните пунктове за изследване попадат върху територии, подложени на въздействието на интензивен автомобилен трафик. Тук се отчита и най-висок процент наднормени стойности - 52,62 % от общия брой пунктове с наднормени нива. Измерените стойности на повечето места надвишават нормите за шум за съответната територия, като нивата достигат до 76 dB(A). В близост до тези пунктове в много от случаите са разположени учебни заведения, университети, както и големи университетски или окръжни болници, за които нормите са по-строги съгласно Наредба № 6/2006 г.

На жилищните зони се пада 18,83% от общия брой пунктове с нива над нормата. При норма 55 dB(A) в тези територии, подлежащи на усилена шумозащита, са измерени стойности до 69 dB(A).

Наднормени стойности са отчетени в 199 бр. от пунктовете, разположени във всички територии и зони, подлежащи на усилена шумозащита, което представлява 38.64% от пунктовете с измерени нива над граничната стойност.

Анализът на данните от Таблица 32 показва, че броят на пунктовете с шумови нива в диапазона под 58 dB(A) през 2017 г., е намалял незначително в сравнение с 2016 година, с 0,3 %. Намалял е и броят на пунктовете с измерени шумови нива в диапазона (58-62) dB(A), в сравнение с 2016 година, с 0,71%.

Таблица 18. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 – 2017 г., в %

Година	Общ брой пунктове, %	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони, в %						
		под 58	58-62	63-67	68-72	73-77	78-82	над 82
		dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	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
2013	100	23,42	15,56	33,33	22,59	5,10	0,00	0,00
2014	100	20,98	17,89	33,66	22,40	5,07	0,00	0,00

2015	100	20,91	17,47	34,25	22,83	4,54	0,00	0,00
2016	100	21,65	15,59	35,17	23,45	3,86	0,28	0,00
2017	100	21,35	14,88	37,19	22,87	3,71	0,00	0,00

Като неблагоприятна тенденция се отчита нарастването на броя на пунктовете със сравнително високите шумови нива от диапазона (63-67) dB(A), с 2 %. Трябва да се отбележи, че в този диапазон се намират 37,19% от общия брой контролирани зони, което е най-високата стойност, изразена в процентно съотношение, за разглеждания период 2006 – 2017 г. Резултатите, попадащи в този диапазон, са от измервания предимно в зони, подлежащи на усилен шумозащита и централни градски части, за които граничните стойности са съответно от 40 до 60 dB(A). Забелязва се незначително намаляване (с 0,58 %), на броя пунктове в диапазона (68-72) dB(A) през 2017 г., в сравнение с 2016 г.

През последните години се наблюдава запазване на някои положителни тенденции - през целия наблюдаван период намалява броят на пунктовете, попадащи в диапазона на високите шумови нива (73-77) dB(A), като през 2017, той е намалял с 0,15%. През 2017 г. отново не са установени пунктове с регистрирани нива на шума в диапазони (78-82) dB(A) и над 82 dB(A).

Анализът на данните за периода 2006 – 2017 г. показва, че след нарастване на броя на пунктовете с регистрирани шумови нива в най-ниския диапазон, под 58 dB(A) през периода 2006-2015 г. (Фигура 101), от 2016 г. този брой започва да намалява, за сметка на нарастване на броя на пунктовете в по- високите нива.

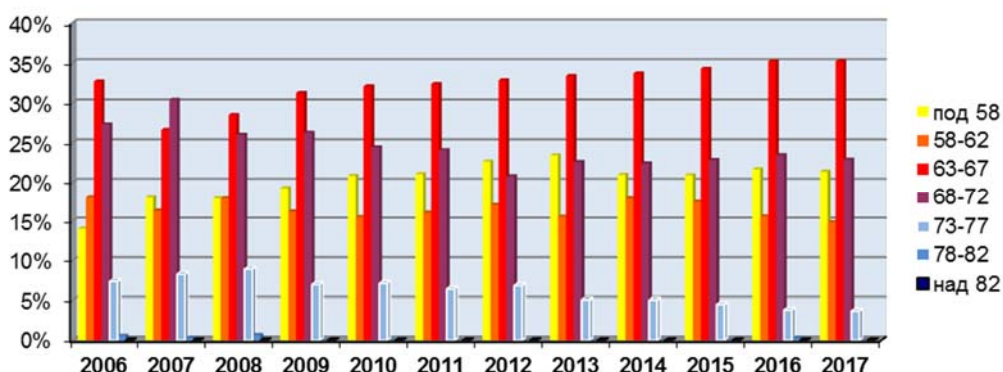
Установена е положителна тенденция на значително намаляване на броя на пунктове с високи шумови нива в диапазоните 68-72 dB(A) и 73-77 dB(A).

Като трайна тенденция се очертава отсъствието на пунктове, в които се отчитат най-високите стойности на шумови нива, а именно - в диапазони (78-82) dB(A) и над 82 dB(A).

Изследваният показател, определящ степента на дискомфорт през дневния период на денонощието остава висок през всички години на проследяване.

Динамиката в целия изследван период 2006 – 2017 г. (Фиг. 79), през който се провежда мониторинг на шум съгласно *Директива 2002/49/ЕО*, показва тенденция на слабо намаляване на експозицията на шум в контролираните зони до 2015 г.

Фигура 79. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 – 2017 г., представено в проценти от общия брой изследвани зони



Основни изводи:

Шумовото замърсяване създава реален проблем особено за населението, обитаващо градската среда, където потоците от автомобилен трафик продължават да се увеличават.

Акустичната обстановка в градовете на страната през 2017 г. не е променена значително. В по-голямата част от контролните пунктове измерените еквивалентни нива на шум надвишават граничните стойности.

През предходните десет години на проследяване (2006-2015 г.) нивата на шум в по-голямата част от изследваните пунктове надвишават граничните стойности за съответните населени територии, но със слабо изразена положителна тенденция към намаляване на високите нива.

През последните две години, данните от измерванията, проведени от РЗИ показват, отново колебания на нивата на шума в неблагоприятна посока - към повишаване.

Запазва се положителна тенденция с всяка изминала година да намалява броят на пунктовете в диапазона най-високите нива (73-77) dB(A).

След 2008 г. няма измервания, които да показват нива на шум в диапазоните (78-82) dB(A) и над 82 dB(A).

От докладите, представени през 2017 г. от РЗИ е видно, че контрола на нивата на шума играе съществена роля в управлението на урбанизираната среда, чрез разработване и изпълнение на програми за намаляване на шума.

В плановете за действие на почти всички градове, цитирани в обобщения годишен доклад за мониторинг на шума, са предвидени мерки за защитата от увеличаването на шума в тихите градски зони.

В следствие на извършваните реконструкции и ремонти на пътните настилки, регулиране на пътния трафик, подмяната на амортизирания градски транспорт и засаждането на нова растителност, проектиране на шумозащита при санирането на сгради може да се очаква снижаване на шума през следващите години.

През 2017 г. са разгледани и съгласувани от МЗ проекти на актуализираните стратегически шумови карти за градовете София, Пловдив, Варна, Русе, Бургас и Плевен. На база на данните от актуализираните карти е необходимо общините да разработят нови плановете за действие.

Препоръки:

Програмите за защита от шум във отделните градове са различни, отчитащи съответната специфика на географско разположение, интензивност на движението, разположението на сградите и кварталите. Техническите средства и методи, които могат да са от полза при снижаването на шума, също са различни. Въпреки това, съществуват общи аспекти в дейностите по намаляване на нивата на шума в околната среда и те включват: изисквания за правилно планиране на жилищните и промишлените райони, на скоростни магистрали, летища и др.; разглеждане на жалбите от различни групи население, както в процеса на планиране, така и в следствие; оценка на съответствието на източника на шум (промишлено предприятие, търговски център, автомагистрала, железопътна линия и др.) с действащите законодателни актове.

В заключение, с предстоящите промени в Закона за защита от шума в околната среда и Наредба №6/2006 г. на МЗ и МОСВ „за показатели за шум в околната среда, отчитащи степента на дискомфорт през различните части на денонощието, граничните стойности на показателите за шум в околната среда, методите за оценка на стойностите на показателите за шум и вредните ефекти от шума върху здравето на населението” се очаква повишаване на ефективността и качеството на прилагания контрол при опазване здравето на населението от вредното въздействие на шума.

- ***Генетично модифицирани организми в храни***

През 2017 г са анализирани 136 проби в определените от Българска агенция по безопасност на храните, лаборатории и в Националната референтна лаборатория в НЦОЗА. Не са установени проби от храни с нерегламентирано съдържание на ГМО. При съдържание на ГМО над 0.9 % (м/м) е необходимо то да бъде отразено на етикета и да се

предприемат действия от страна на компетентните органи (МЗ, МЗХ) в съответствие със Закона за храните, Регламент № (ЕС) № 1829/2004 г и Регламент (ЕС) № 1830/2004 г. и подзаконовите нормативни актове. В изпълнение на Решение на Комисията № (ЕС) 2013/287, допълващо Решение № (ЕС) 2011/884 относно спешни мерки за неразрешен ориз и оризови продукти, внос от Китай през 2017 г не са установени проби от внос със съдържание на неразрешен ориз. Компетентните органи на Р. България се предприели необходимите мерки във връзка с открити на Европейския пазар неразрешени генетично модифицирани линии рапица и пшеница

Представител на министерство на здравеопазването (НЦОЗА) е член на Мрежата за оценката на риска на генно модифицирани организми към EFSA. Въз основа на Регламент № (ЕО) 503/2012 и с цел подпомагане на оценката на риска EFSA препоръчва да се оцени експозицията на ГМО храни чрез използване на информация от Базите данни за консумация на храни (Comprehensive food consumption data base). България има данни от две такива проучвания. През 2017 г. Консултативната комисия по ГМО към Министъра на околната среда и водите е разгледала Централизираните процедури на Европейската агенция по лекарствата за пускане на пазара на продукт за генна терапия Luxturna, съдържащ ГМО срещу вродена амавроза на Лебер и ретинитис пигментоза на фирма Spark Therapeutics, Inc.; продукт за генна терапия Yescarta, съдържаща ГМО срещу някои форми на лимфома на фирма Kite Pharma EU B.V.; продукт за генна терапия Kymriah, съдържаща ГМО срещу някои форми на лимфома на фирма Novartis Pharma AG;

- **Нейонизиращи лъчения**
Законодателство за защита от НЙЛ

В България защитата на работещите и населението от НЙЛ се регламентира чрез следните нормативни документи:

➤ Наредба № РД-07-5/2016 г. на МТСП и МЗ за минималните изисквания за осигуряване на здравето и безопасността на работещите при рискове, свързани с експозиция на електромагнитни полета, обн. ДВ, бр. 95 от 29.XI.2016 г., в сила от 1.03.2017 г. (транспонираща Директива 2013/35/ЕС в националното законодателство). Към наредбата са преведени и адаптирани на български език предоставените от Европейската комисия препоръчителни практически ръководства, както следва:

➤ Наредба № 5/2010 г. на МТСП и МЗ за минималните изисквания за осигуряване на здравето и безопасността на работещите при рискове, свързани с експозиция на изкуствени оптични лъчения, обн., ДВ, бр. 49 от 29.06.2010 г.

➤ Наредба № 9 на МЗ и МОСВ, ДВ бр.35/1991 г., изм. ДВ бр.8/2002 г. за пределно допустими нива на електромагнитни полета в населени територии и определяне на хигиенно – защитни зони около излъчващи обекти. По отношение на законодателството за защита на населението у нас действа Наредба № 9/1991 г. за пределно допустими нива на електромагнитни полета в населени територии и определяне на хигиенно–защитни зони около излъчващи обекти, ДВ, бр. 35 от 1991 г. Изм. и Доп. ДВ, бр.8/2002 г.

➤ Наредба № 36 от 2009 г. на МЗ за условията и реда за упражняване на държавен здравен контрол (ДВ, бр.63 от 2009 г.) обн. ДВ, бр.38 от 17 Май 2011 г.

➤ Наредба № 9 от 2005 г. на МЗ за условията и реда за създаване и поддържане на публичен регистър на обектите с обществено предназначение, контролирани от регионалните здравни инспекции (обн. ДВ, бр.28 от 2005 г., изм. бр.38 от 2011 г. изм. и доп. ДВ. бр.13 от 9 Февруари 2018г.)

➤ Наредба № 21 от 11 май 2007 г. за правилата за изграждане на мобилни далекосъобщителни мрежи и съоръжения. (обн. ДВ, бр.41 от 22 Май 2007 г.)

➤ Наредба № 5 от 23 юли 2009 г. на МРРБ, МЗХ, ДАИТС за реда и начина на определяне на размера, разположението и специалния режим за упражняване на

сервитутите на електронните съобщителни мрежи, съоръжения и свързаната с тях инфраструктура. (обн. ДВ, бр.63 от 7 Август 2009 г.)

➤ Закон за електронните съобщителни мрежи и физическа инфраструктура (обн. ДВ, бр. 21 от 9 март 2018 г.)

Международни проекти и програми:

Продължават дейностите, свързани с изпълнението на Международен проект на СЗО „Електромагнитни полета: Биологични ефекти на постоянни и променливи с времето електрически и магнитни полета“. От 2014 г. със Заповед № РД 02-247 на Министъра на здравеопазването е създаден към проекта и Експертен консултативен съвет (ЕКС). Дейностите по проекта за 2017 г. включват:

- Отчет на Р България по политиката на страната за намаляване на риска от въздействието на нейонизиращи лъчения (електромагнитни и УВ), на съвещание на Международния съветнически комитет на СЗО.

- Участие в проучване на СЗО за нормите за ЕМП в света;

- *Становище по отношение на ефективността на Международния съветнически комитет по проект ЕМП на СЗО.*

- Международни консултации по отношение на политиката за защита на населението при използване на солариуми;

- Участие в уебинар на СЗО на тема „Уреди за изкуствено придобиване на тен“.

- Проведена годишна среща на ЕКС по проект ЕМП към СЗО на тема: „Усъвършенстване на контрола на електромагнитните полета в работната и околната среда. Законодателство и политика, провеждана в Р България“.

В края на м. април 2017 г. успешно приключи разработеният в рамките на Програма BG 07 ”Инициативи за обществено здраве”, Проект PDP-1 „Подобряване на контрола и информационни системи за превенцията на риска в здравеопазването”. Проектът е финансиран от Норвежкия финансов механизъм на Европейското икономическо пространство. В резултат на изпълнението му е създадена „Информационна система на източниците на ЕМП“, разположени на територията на Р България (информационна база данни). За изграждането му е послужил опитът на редица европейски държави. Като основен ресурс за информация са послужили набраните данни от НЦОЗА, както и такива, набрани в периода на проекта.

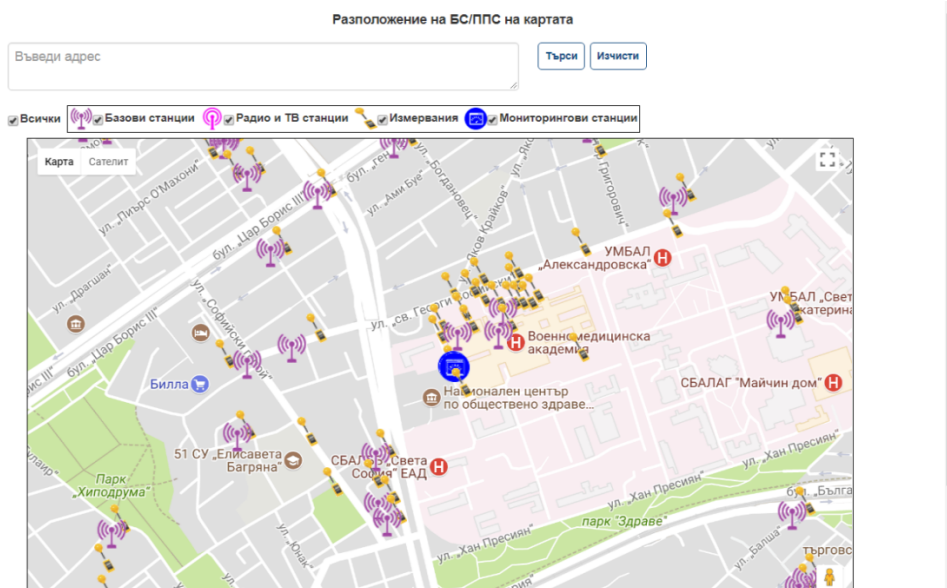
В момента се провежда активно обучение на специалисти от РЗИ с цел включване на резултатите за източници на ЕМП, разположени на територията на страната.

Информационната система има разработена експертна и публична част.

Експертната част е предназначена да съдейства на специалистите в областта на оценката и контрола на ЕМП от МЗ, респективно НЦОЗА и РЗИ.

Публичната част е предназначена да информира населението за местоположението и нивата на ЕМП в околната среда. За целта системата разполага с възможности за геолокация чрез представяне на местоположението на източниците на ЕМП в електронна карта на населеното място (Google maps). Местата на измерване и съответните стойности на ЕМП, около всеки източник, се визуализират на картата. При зададени критерии за търсене (адрес и населено място), информационната система показва на карта всички най-близки източници на ЕМП с основна информация за всеки един обект. На следващата фигура са отбелязани геолокацията на излъчващите обекти, както и извършените в района измервания на ЕМП. Линкът на публичната част е <https://public-emp.ncpha.government.bg/Geolocation/ViewBaseStationsOnMap.aspx>

Фигура 80. Геолокация на източници на ЕМП и измервания на ЕМП



Дейности за защита на населението от нейонизиращи лъчения

В допълнителните разпоредби на Закона за здравето, &1, т. 9, буква „ф“ „обекти с излъчващи съоръжения, които са част от електронна съобщителна мрежа...“ са „обекти с обществено предназначение“ и като такива подлежат на регистрация и контрол. Нейонизиращите лъчения в жилищни, производствени, обществени сгради и урбанизирани територии, като фактори на жизнената среда, подлежат на държавен здравен контрол.

Съгласно изискванията на Наредба на МЗ № 9/1991 г., изм. и допълнение, ДВ, бр. 8/2002 г., преди въвеждането на всеки нов източник в експлоатация се изисква изчисляване на хигиенно защитна зона (ХЗЗ), т.е. „затворена повърхнина, във всяка точка на която, стойностите на ЕМП са равни на пределно-допустимата“.

При пускане на обекта в експлоатация се извършват измервания на електромагнитните полета с цел проверка на ХЗЗ.

На основание чл. 36, ал. 3 от Закона за здравето, чл. 26 от Наредба № 36/2009 г. за условията и реда за упражняване на държавен здравен контрол и Наредба № 9 от 2005 г. за условията и реда за създаване и поддържане на публичен регистър на обектите с обществено предназначение, регионалните здравни инспекции следва да поддържат публичен регистър на обектите с обществено предназначение. В тази връзка РЗИ, на база подадена от собственика на обекта информация, регистрира източниците на нейонизиращи лъчения в качеството им на обекти с обществено предназначение.

При провеждането на процедурите по вписване на обектите с обществено предназначение и при насочения здравен контрол се извършва проверка на място относно местоположението на източника на нейонизиращи лъчения спрямо околните сгради и сравнение с данните от експертната оценка, изготвена от НЦОЗА. Извършва се също насочен контрол по сигнали и жалби на физически или юридически лица.

НЦОЗА обобщава подадените данни от РЗИ за извършеният от тях мониторинг на източниците на ЕМП в урбанизирани територии.

Органите на Държавния здравен контрол извършват планов мониторинг на източници на нейонизиращи лъчения, който обхваща:

- 10% от всички обекти, източници на нейонизиращи лъчения, разположени на територия с голяма концентрация на население и жилищни сгради.

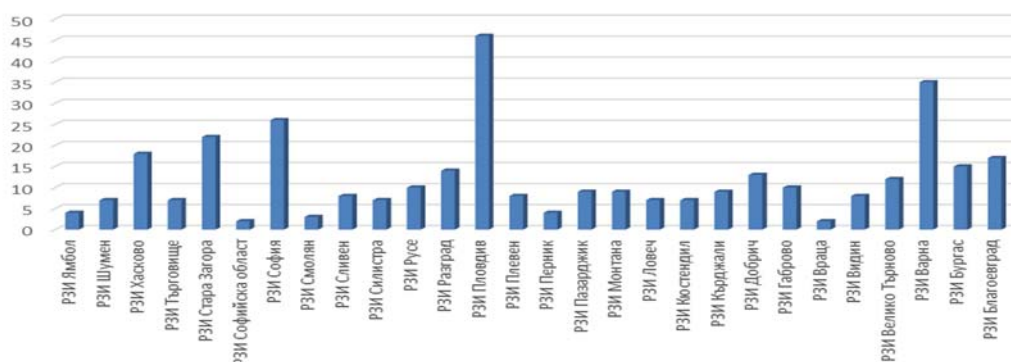
- обекти, които са разположени в близост (напр. върху сгради, разположени в съседство) до детски, учебни и лечебни заведения, които попадат или са разположени по границите на хигиенно-защитната зона.

От представените резултати е видно, че всички измерени стойности са в границите на изискванията на Наредба № 9, ДВ бр.35/1991 г., (под $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$).

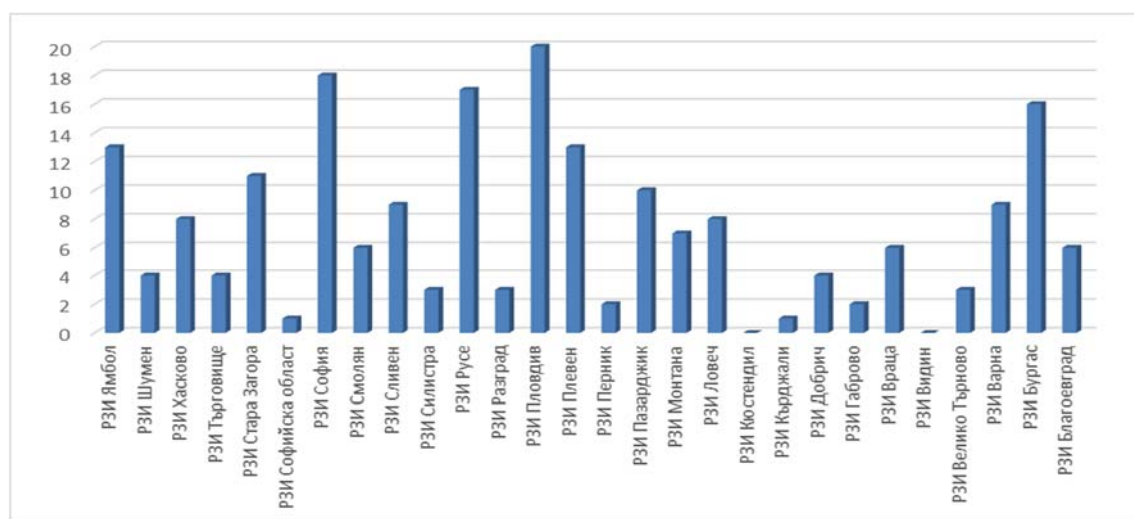
В докладите от мониторинг на РЗИ са включени и резултати от измервания по 33 жалби през 2017 г. Резултатите от извършените измервания показват стойности, които не надвишават допустимите съгласно Наредба № 9, ДВ бр.35/1991 г.

Обобщени данни от годишни доклади на РЗИ са представени на следващите фигури.

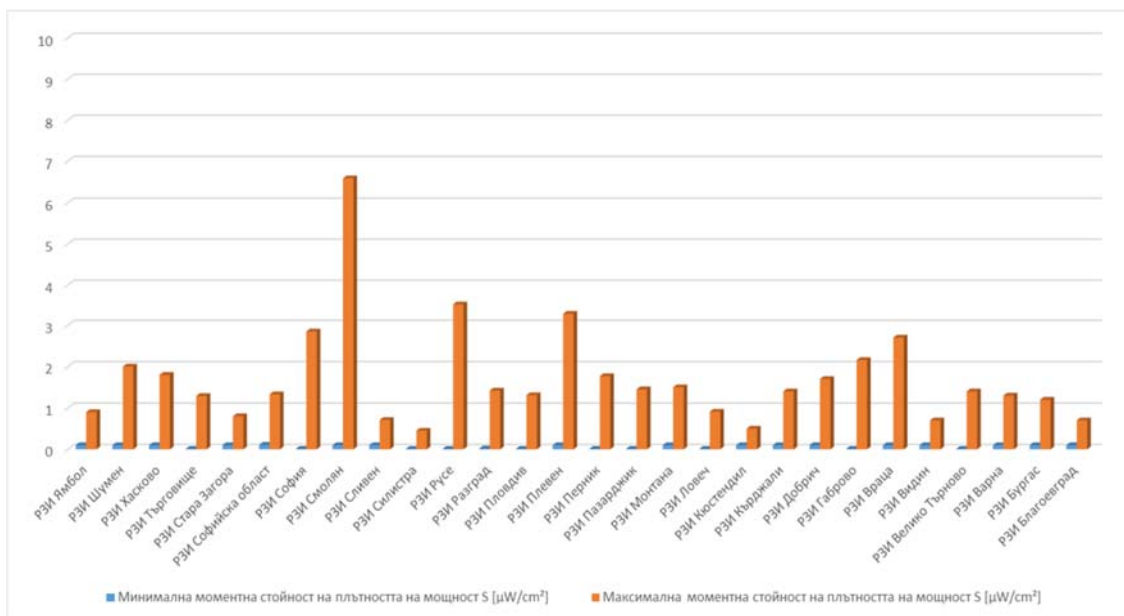
Фигура 81. Брой измерени обекти за 2017 г. на източници на нейонизиращи лъчения- 10% от обектите, източници на ЕМП



Фигура 82. Брой измерени обекти от РЗИ за 2017 г. на източници на нейонизиращи лъчения, разположени в близост до чувствителни сгради (детски, учебни и лечебни заведения)



Фигура 83. Минимални и максимални моментни стойности на плътността на мощност, S [$\mu\text{W}/\text{cm}^2$], измерени през 2017 г. от РЗИ



Извършените от РЗИ и НЦОЗА измервания и оценка на експозицията обхващат източници на ЕМП, използвани в:

- комуникацията (базови станции за мобилна комуникация, радио и ТВ-станции, радари), излъчващи в радиочестотния и микровълновия диапазон на електромагнитния спектър – общо 7935 бр.;
- медицината – основно отделения за магнитно резонансна томография, както и физиотерапии – около 10 бр.;
- в промишлеността – около 10 бр.

Извършени са също и измервания и оценка на ЕМП по жалби на граждани 593 броя. При измерванията по жалби на граждани са регистрирани стойности над максимално допустимите при 5 случая, като са предписани мерки от органите на здравния контрол, включващи промяна на техническите характеристики на излъчвателите. Предприетите мерки са ефективни, което е доказано с последващите измервания и проверки.

Направени са повече от 700 експертни оценки на източници на нейонизиращи лъчения, включващи базови станции, радио и ТВ станции, радари. Изготвени са становища за повече от 20 обекта с национално значение.

Продължава тенденцията за подобряване на контрола по отношение на електромагнитните полета на национално ниво, който се извършва от РЗИ, методично подпомагани от НЦОЗА.

За повишаване квалификацията и компетентността на контролните органи НЦОЗА е обучила 70 специалисти от РЗИ, органи за контрол и др. организации, занимаващи се с измерване и/или контрол на електромагнитни полета в околна и работна среда.

- **Йонизиращи лъчения**

ЗДРАВНО-РАДИАЦИОНЕН МОНИТОРИНГ НА НАСЕЛЕНИЕТО

Министерство на здравеопазването чрез Националния център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ) и петте радиологични отдела към РЗИ Пловдив, РЗИ Варна, РЗИ Бургас, РЗИ Русе и РЗИ Враца извършват държавния здравно-радиационен контрол за спазване на изискванията за защита на лицата от въздействието на йонизиращите лъчения в България. НЦРРЗ провежда мониторинг на територията на цялата страна по отношение

на ядрени централи, изследователски ядрени инсталации, съоръжения за управление на радиоактивни отпадъци и обекти на бившия уранодобив, както и на факторите на жизнената среда в Югозападна България. Петте радиологични отдела към РЗИ осъществяват мониторинг на факторите на жизнената среда на териториален принцип.

През 2017 г. от НЦРРЗ и РЗИ са извършени изследвания на 2272 броя проби – питейни, повърхностни и минерални води, хранителни продукти, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; направени са 5221 броя радиохимични и гама-спектрометрични анализи.

Резултатите от провеждания през 2017 г. здравно-радиационен мониторинг сочат, че естественят гама-фон в района на ПХРАО „Нови хан”, експерименталния реактор на БАН и този в 6-90 км зона около АЕЦ „Козлодуй” не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с източници на йонизиращи лъчения и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон.

На Фиг. 84 и Фиг. 85 са представени средно-годишните обемни активности на стронций-90 и цезий-137 в точки на пробоотбор от р. Дунав, разположени преди и след АЕЦ „Козлодуй“ за последните 6 години. С червена линия е представена границата, съгласно Наредбата за радиационна защита, *Обн. ДВ, бр.16 от 20.02.2018 г.*, за съдържание на посочените радионуклиди и то в питейна вода. Видно е, че регистрираните съдържания на техногенните радионуклиди цезий-137 и стронций-90 са многократно по-ниски от допустимите за питейна вода и са пренебрежимо малки по отношение изискванията на законодателството за допустимите нива на изхвърлянията от АЕЦ „Козлодуй“.

Фигура 84. Средно годишно съдържание на стронций-90 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2011-2017 г. (логаритмична скала)



Фигура 85. Средно годишно съдържание на цезий-137 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2011-2017 г. (логаритмична скала)



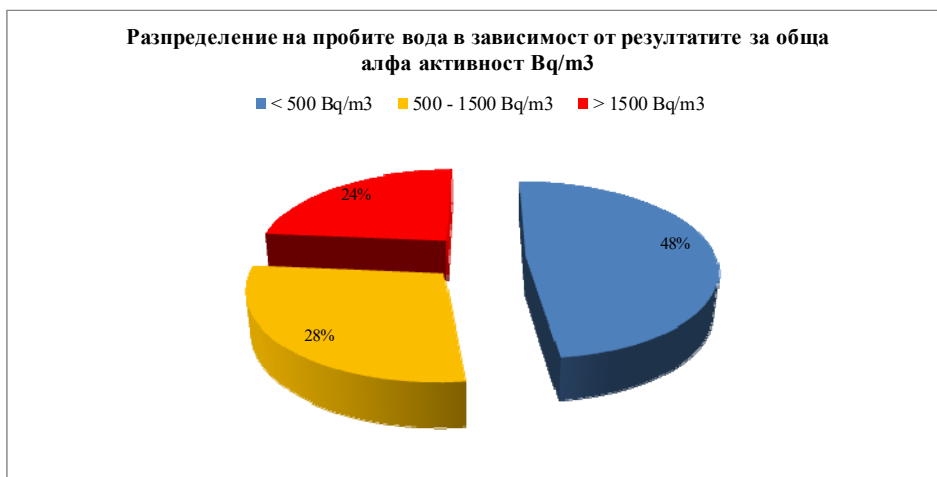
Съгласно програмата за специализирания радиационен контрол на факторите на жизнената среда, районите на бившите уранодобивна и уранопереработвателната промишленост се разделят на обекти с висок, среден и нисък радиационен риск. През 2017 г. са обследвани 87,5% от обектите с висок радиационен риск, 55% от обектите със среден радиационен риск и 48% от обектите с нисък радиационен риск. Държавния здравно-радиационен контрол е проведен както на база на преглед на документи, предоставени от „Екоинженеринг-РМ“ ЕООД, така и въз основа на инспекции на място.

По време на инспекциите на място са изследвани 211 пункта в районите на бившите обекти за добив и преработка на уранова суровина. При изпълнението на мониторинговата програма са извършени 2110 броя измервания на мощност на дозата гамалъчение, взети са 111 броя проби. Пробите вода се анализирани за съдържание на естествен уран, обща алфа- и бета-активности, а пробите почви и дънни утайки се подложени на гамаспектрометричен анализ.

При проверките са констатирани несъответствия с нормативно установената стойност на уран (7500 Bq/m^3), съгласно *Наредба № 1 от 1999 г. за норми за целите на радиационна защита и безопасност при ликвидиране на последствията от урановата промишленост в Република България*.

Съдържанието на естествен уран във водите на 6,5 % от обследваните пунктове е над нормативно установената граница, а 17% от пробите имат гранични стойности. Установените, съгласно изискванията на *Наредба № 1 от 1999 г.* граници за обща алфа-активност (500 Bq/m^3), за обща бета-активност (2000 Bq/m^3) са надвишени в 52 % и 14 % съответно. Процентното разпределение на резултатите от анализите на обща алфа- и бета-активности на проби вода от пунктовете от бившата уранодобивна и уранопереработвателна промишленост са представени на Фиг. 86 и 87.

Фигура 86. Резултати на обща алфа активност в проби вода от 2017 г.



Фигура 87. Резултати на обща бета активност в проби вода от 2017 г



Основни изводи:

- ✓ Оценката на годишната ефективна доза надфоновото облъчване на населението от дейността на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД, базирана на резултатите от проведения през 2017 г. радиационен мониторинг в района на АЕЦ е под 0,01 mSv, границата, под която не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране на радиационната защита на населението.
- ✓ Оценката на годишната ефективна доза надфоновото облъчване на населението от дейността на „ПХРАО–Нови хан“, базирана на резултатите от проведения радиационен мониторинг на обекти от жизнената среда в района на ПХРАО – Нови хан и в близките населени места (селата Нови хан, Крушовица и Габра) не показва отклонение от нормалния радиационен статус, характерен за страната. Оценената годишна ефективна доза е под 0,01 mSv.
- ✓ Оценката на годишната ефективна доза от облъчване на населението в резултат от трансгранично замърсяване на територията на страната, вследствие на аварията в Чернобилската АЕЦ е под 0,01 mSv. В нито една от изследваните проби храни не е регистрирано съдържание на радионуклиди над нивата за докладване в Европейската комисия, установени с Препоръка 2000/473/Евратом.
- ✓ Предприетите действия на органите на държавния здравен контрол по отношение на зоните за водоснабдяване с установени наднормени съдържания на естествен уран в питейните води са навременни и адекватни.

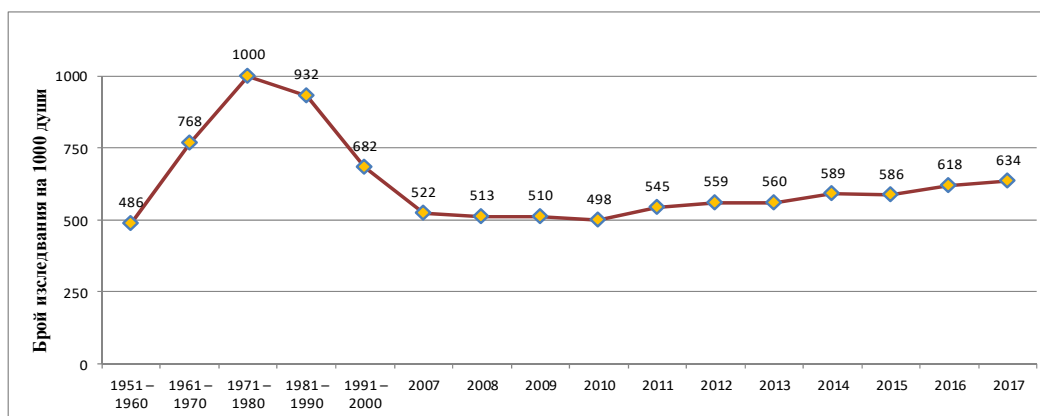
- ✓ Има вероятност рудничните води от бившата уранодобивна промишленост, с установено наднормено съдържание на радионуклиди да замърсят обекти от жизнената среда. Дадени са препоръки на „Екоинженеринг-РМ“ ЕООД, отговорната инстанция по ПМС № 74 от 1998 г. за предприемане на своевременни мерки за тяхното управление.
- ✓ Разумно и обосновано е провеждането на цялостна оценка на облъчване на българското население от естествени и техногенни източници.

ОБЛЪЧВАНЕ НА БЪЛГАРСКОТО НАСЕЛЕНИЕ ОТ МЕДИЦИНСКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧНИ И НУКЛЕАРНО-МЕДИЦИНСКИ ПРОЦЕДУРИ

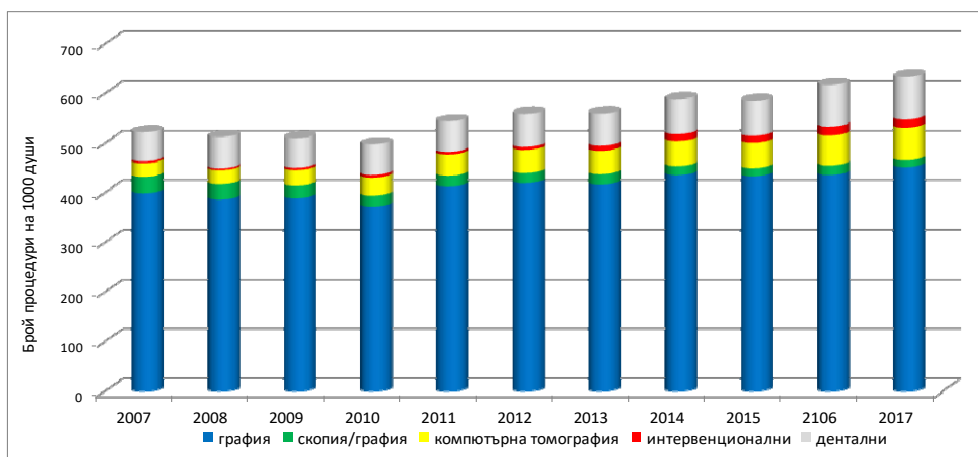
Рентгенологични процедури

Според обобщените данни за 2017 г., общият годишен брой на рентгенологичните процедури (рентгенови диагностични изследвания и интервенционални процедури под рентгенов контрол) е 4487514 или средно 634,2 изследвания на 1000 лица от населението.

Фигура 88. Динамика в честотата на рентгенологичните процедури в България (брой процедури на 1000 лица от населението)

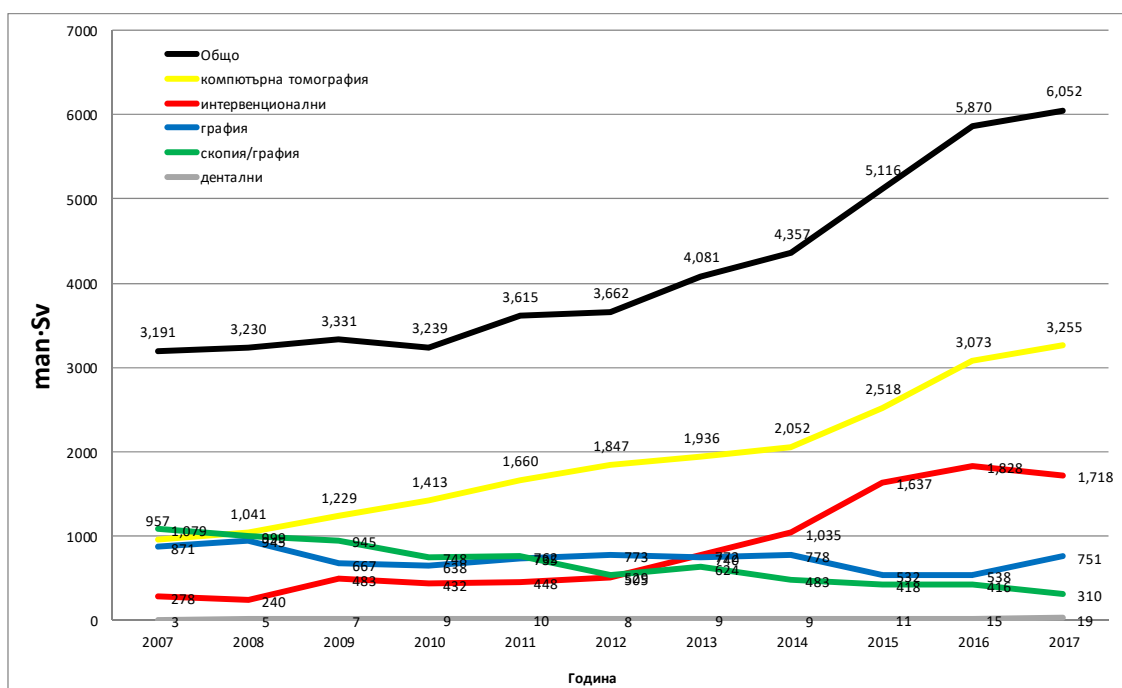


Фигура 89. Динамика в честотата на рентгенологичните процедури в България (брой процедури на 1000 лица от населението) – разбивка по модалности

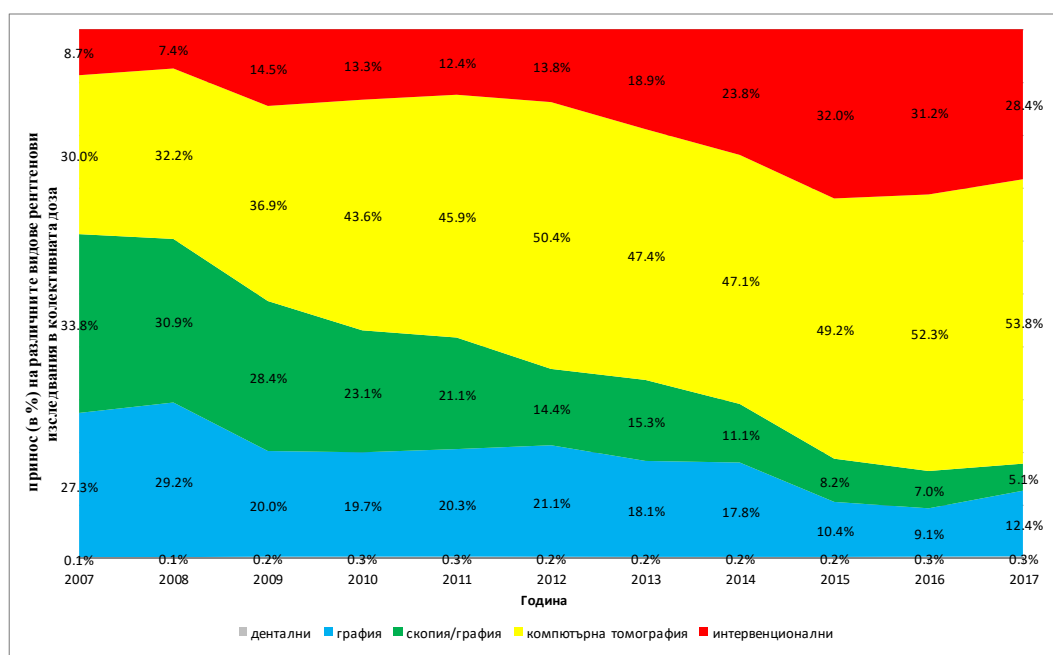


На Фиг. 89 е показано плавното нарастване през последните десет години на броя на извършените рентгенологични процедури. Наред с общото им нарастване по брой се наблюдава и динамика в получената от тях колективна ефективна доза на населението, както и в приноса на основните видове изследвания (процедури) към нея. Динамиката е показана в графичен вид на Фиг. 90 и 191.

Фигура 90. Динамика в колективната ефективна доза от медицински рентгенологични процедури



Фигура 91. Динамика в относителния принос (в %) на различните видове рентгенологични изследвания (процедури) към колективната ефективна доза на българското население от 2007 г. до 2017 г. включително



Колективната ефективна доза от основните групи рентгенологични процедури и относителният им принос към общата колективна ефективна доза за населението на страната през 2017 г. е представено в Табл. 35.

Таблица 19. Колективната ефективна доза от основните групи рентгенологични процедури през 2017 г.

Рентгенологична процедура	Колективна ефективна доза [man.Sv]	Относителен принос към колективната ефективна доза	Честотата на провеждане на процедурата към общия брой процедури
компютърна томография	3255	53.8 %	10.4 %
интервенционални процедури	1718	28.4 %	2.7 %
рентгенова графия	751	12.4 %	71.2 %
конвенционална рентгеноскопия	310	5.1 %	2.2 %
дентални рентгенови изследвания	19	0.3 %	13.6 %

Основният принос в колективната ефективна доза на населението в рентгенологията се дължи на компютър-томографските и интервенционалните процедури, въпреки относително ниската им честота на провеждане.

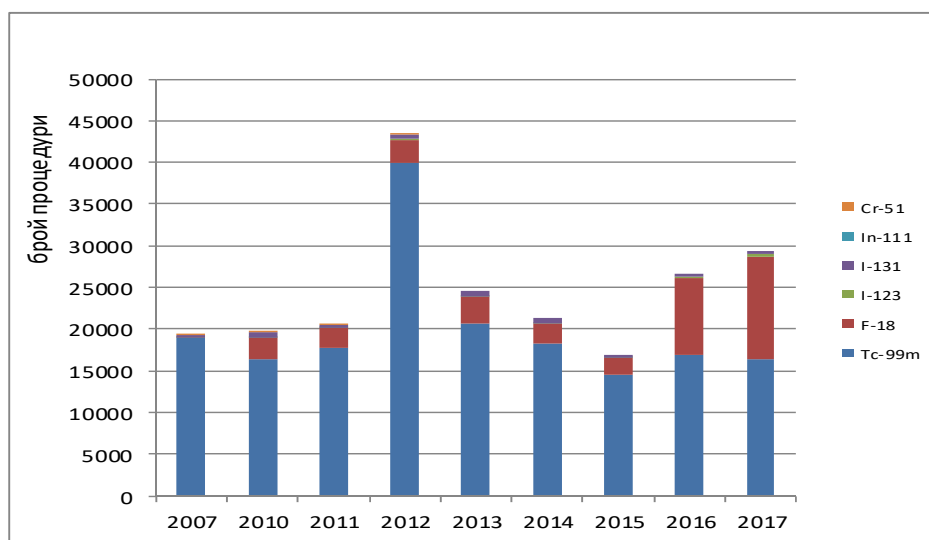
Колективната ефективна доза от рентгеновата диагностика за 2017 г. се оценява на 6052 man.Sv, което е приблизително два пъти повече спрямо 2007 г. (3191 man.Sv) Средната годишна индивидуална ефективна доза на глава от населението от рентгеновата диагностика за 2017 г. е 858 μ Sv, което е приблизително с 15% по-малко от съответната средна годишна индивидуална ефективна доза за Европа.

Нуклеарно-медицински процедури

Честотата на нуклеарно-медицинските (НМ) изследвания (възрастни и деца) в България през 2017 г. е 4.2 на 1000 лица от населението. Тази честота е една от най-ниските в Европа, независимо, че се регистрира известно увеличение спрямо предходните години (3.8 на 1000 лица за 2016 г. и 4.0 за 2015 г.).

На Фиг. 92 е представено разпределението на НМ изследвания по вид на използвания радионуклид. Преобладава използването на технеций-99m: 55.7%, както и използването на флуор-18 под формата на FDG: 42.1%. Към момента не се използват други краткоживеещи позитронни емитери.

Фигура 92. Разпределение по години на проведените НМ изследвания (абсолютен брой) според вида на използваните радионуклиди



През 2017 г. скintiграфията на кости е най-често провежданото НМ изследване на възрастни пациенти: в 29.4% от случаите с планарен режим на гама-камерата и в 11.9% със

SPECT. Регистрира се значително увеличение на броя изследвания с PET, като по сравнение с 2010 г. то е 42.1%.

През 2017 г. основен принос в честотата имат изследванията на опорно-двигателната система: 41.3% и изследванията на туморните процеси: 43.7%. Белодробната перфузия има принос от 6%; ендокринната система: 4.7%; отделителната система: 2.3%. Останалите изследвания имат пренебрежим дял в общата честота. Прави впечатление много ниската честота на изследванията на сърдечно-съдовата система и стомашно чревният тракт (около 1.0%). Наблюдава се намаляване на изследванията на отделителната и ендокринната системи.

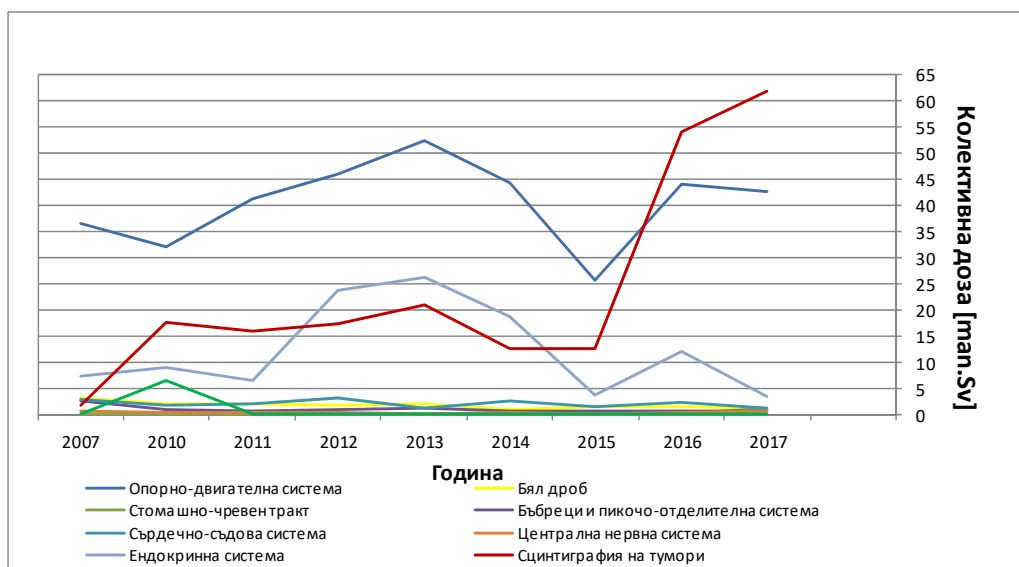
Най-често провежданите НМ изследвания на деца са динамичната бъбречна сцинтиграфия и сцинтиграфия на тестиси.

На Фиг. 93 е представено изменението на общата колективна доза от НМ процедури за периода 2007–2017 г., а на Фиг. 94 е показан приносът на различните изследвания към колективната доза.

Фигура 93. Обща колективна доза от НМ процедури за периода 2007–2017 г.



Фигура 94. Принос на различните изследвания в колективната доза за периода 2007–2017 г.



През 2017 г. към въпросника за определяне на лъчевото натоварване до централите по НМ беше добавено специално приложение изискващо въвеждането на информация от компютър-томографската част при използването на хибридни НМ уредби (SPECT-CT и PET-CT). Това даде възможност за определяне за първи път в страната на колективната ефективна доза от компютърната томография в НМ, която бе оценена на: 112.4 man.Sv. Това се отрази в рязкото нарастване на общата колективна ефективна доза от НМ за 2017 г. в сравнение с предходните години.

Изследванията на опорно-двигателната система имат основен принос както в честотата, така и в колективната доза до 2015 г., като през последните две години (2016 г. и 2017 г.) превес вземат PET изследванията на тумори. За 2017 г. броят на последните е 12371, което е 42.1 % от всички, а колективната ефективна доза от тях е 61.7 man Sv. Следващи по принос в честотата и в колективната ефективна доза за 2017 г. са изследванията на опорно-двигателната система: 12124 (41.3 % от общия брой) и колективна доза 42.7 man Sv. Нарастването на PET изследванията през последните години се дължи главно на оборудването на все повече лечебни заведения с PET-CT уредби и на ефективността на този НМ метод.

Общата колективна ефективна доза от радиоизотопната част на нуклеарно медицинските изследвания през 2017 г. е 112.7 man.Sv, съответната средна индивидуална годишна доза е 16 μ Sv, което е около 3 пъти по-ниска стойност от средната за Европа 54 μ Sv, въпреки че за България тя се е удвоила за периода от 2007 г. до 2017 г.

Общата колективна ефективна доза от НМ за населението за 2017 г. е 225.1 man Sv, а средната годишна индивидуална ефективна доза на глава от населението е: 32 μ Sv.

Основни изводи

- ✓ През 2017 г. медицинското облъчване от рентгенологията и нуклеарната медицина формира сумарна колективна ефективна доза 6277 man.Sv. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, който е около 27 пъти по-голям от приноса на нуклеарно-медицинската диагностика. Средногодишната индивидуална ефективна доза на глава от българското население от медицинско облъчване е 0.890 mSv.
- ✓ Предвид получените резултати за нарастване на колективните и средните ефективни дози през последните години е необходимо полагане на специални усилия от лечебните заведения за подобряване на дейностите по осигуряване на качеството и оптимизация на медицинските радиологични процедури.
- ✓ Установяването на надеждна дигитална информационна връзка между PACS системите на лечебните заведения и НЦРРЗ с цел електронно регистриране и анализ на дозите на пациента ще изисква обезпечаване с допълнителни финансови ресурси, но ще позволи получаването на многократно по-бърза и по-пълна информация за оценката на индивидуалните пациентни дози, типичните дози и референтни нива, което ще подпомогне съществено процеса на оптимизация на радиационната защита и безопасността на пациентите на национално ниво.

ИНДИВИДУАЛЕН МОНИТОРИНГ НА ПЕРСОНАЛ, ИЗВЪРШВАЩ ДЕЙНОСТИ С ИЗТОЧНИЦИ НА ЙОНИЗИРАЩО ЛЪЧЕНИЕ

Професионалното облъчване с източници на йонизиращо лъчение може да възникне в най-различни отрасли - медицински, учебни и научноизследователски заведения, съоръжения от ядрения горивен цикъл и др. За осигуряване на радиационната защита на персонала от съществено значение е безопасното и обосновано използване на йонизиращите лъчения и ядрената енергия, изпълнявайки конкретни задачи като непрекъснатата оптимизация на професионалното облъчване и недопускане превишаването на границите на дозите. Измерванията на индивидуалните дози се извършват от акредитирани лаборатории, като външното облъчване се контролира основно с два типа

дозиметри – термолуминесцентни и филмови, в много малка степен се използват дозиметри на неутрони, само за персонал на АЕЦ.

През 2017 г. от НЦРРЗ е проведен дозиметричен контрол на външното облъчване на 4272 лица, от които 400 на 10 кратен контрол на професионалното облъчване и 3872 лица на 4 кратен контрол. Общ брой на проведените измервания за 2017 година - 19488.

Оценената колективна доза за контролирания персонал през 2017 г. е 76.95 man.mSv. Средната годишна ефективна доза на лице от контролирания персонал е 0.02 mSv. Най-високата колективна годишна ефективна доза е оценена при работата с радиационни дефектоскопи и конвенционална диагностика – над 26 man.mSv, а най-високата средна годишна индивидуална ефективна доза, 0,1 mSv при работата с радиационни дефектоскопи.

ДЕЙНОСТИ ПО НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА ВЪЗДЕЙСТВИЕТО НА РАДОН В СГРАДИ ВЪРХУ ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Най-голям принос за вътрешното облъчване на населението на Земята има естественият радиоактивен елемент радон (радон-222). Облъчването от радон води до повишен риск за развитие на рак на белите дробове, като рискът е пропорционален на средната обемна активност на радон умножена по времето на облъчване. Съгласно Световната здравна организация(СЗО), радонът е вторият по значимост фактор, предизвикващ рак на белия дроб след тютюнопушенето и фактор номер едно за хора, които никога не са пушили. Рискът за здравето се увеличава многократно при комбинираното действие на тютюнопушене и облъчване от радон. Облъчването на населението от радон в сгради е значително по-голямо от облъчването на открито.

С цел предприемане на мерки за намаляване на въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население е разработена и се изпълнява Национална програма 2013-2017 на Министерство на здравеопазването. За извършените дейности по националната програма за намаляване на въздействието на радон в сгради върху здравето на населението са предадени отчети в МЗ от Националното проучване проведено от НЦРРЗ за периода 2016 – 2017 г. Отчетите по Националната програма са обединени в общ отчет за периода на изпълнение на програмата 2013 - 2017, който е представен на Министерски съвет. В изпълнение на Национална програма през 2017 г. и с оглед определяне на сезонните корекционни фактори е проведено допълнително проучване към Националното проучване на нивата на средногодишната концентрацията на радон в жилища на територията на България. Проучването е иницирано и координирано от НЦРРЗ и е проведено в сътрудничество с РЗИ в страната за позициониране на детекторите и попълване на въпросници. Измерванията на обемната активност на радон са извършени в 821 жилища в цялата страна през четирите сезона на годината, като общо използвани за проучването са 3218 броя детектора. Оценената стойност на средногодишната обемната активност на радон за изследваните жилища е със средна стойност 130 Bq/m³ и средно геометрична стойност 90 Bq/m³. За всяка област са определени специфични корекционни сезонни фактори, които могат да послужат за оценка на средногодишната обемна активност на радон, когато измерванията се провеждат за по кратък период. Наред с това проучването допринася за по-ефективното и рентабилно изготвяне на радонова карта на България с цел приоритизиране на дейностите, осигуряващи редуциране на нивата на радон, в това число предприемането на мерки при строителство на нови и ремонт на съществуващи сгради, подобряване на информираността на населението.

Въз основа на данните от проведеното националното проучване е оценена годишната ефективна доза от инхалиране на радон за българското население, възлизаща на 5,2 mSv . Оценената годишна ефективна доза за българското население от облъчване от радон в жилищата е по-висока от средногодишната доза за света 1,2 mSv (*Доклад на Научен комитет на ООН за въздействието на атомната радиация -2000*), което потвърждава

необходимостта от продължаване на съвместните усилия на националните институции за намаляване на общия риск за населението, както и индивидуалния риск за всеки индивид. През 2017 г. работната група по Заповед на Министъра на здравеопазването разработи проект на национална стратегия и план за действие за продължаване на дейностите по Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г и за въвеждане и прилагане на мерките за редуциране нивата на обемната активност на радон и гарантиране правилното управление на ситуациите на облъчване съразмерно на рисковете и ефективността на защитните мерки.

СПЕЦИАЛИЗИРАНО МЕДИЦИНСКО НАБЛЮДЕНИЕ И ИЗСЛЕДВАНИЯ НА ЛИЦА РАБОТЕЩИ В СРЕДА НА ЙОНИЗИРАЩИ ЛЪЧЕНИЯ

Специализираното медицинско наблюдение включва: медицински прегледи, изследвания и издаване на експертни заключения относно медицинската годност за работа, както и посещения на обекти, в които се работи с източници на йонизиращи лъчения.

През 2017 г. в НЦРРЗ са обслужени 5785 лица. Те се разпределят по следният начин: На профилактичен преглед подлежаха 5679 лица работещи в 540 обекта с източници на йонизиращи лъчения. Общият брой на прегледите е 18449, от които 13470 са редовни профилактични прегледи на 5411 лица, вторичните прегледи са 374, с 27.93% по – малко от предходната година. Новопостъпилите лица, работещи с ИЙЛ са 921, с 2.75% по-малко от 2016 г.

Издадени са 5702 експертни заключения за годност за работа в среда на йонизиращи лъчения. Непригодни за работа в среда на йонизиращи лъчения за 2017 г. са 6 лица

В допълнение, лекари от НЦРРЗ, с призната специалност по радиобиология или радиационна хигиена издадоха експертни заключения за годност за работа в среда на йонизиращи лъчения за цялата страна, като са издадени експертни заключения, посочени в Табл. 36.

Таблица 36. Издадени експертни заключения за медицинската годност за работа в среда на йонизиращи лъчения

Персонал	Брой експертни заключения	Динамика
на територията на НЦРРЗ	5702	намаление с 5.6 %
на територията на РЗИ Враца	561	намаление с 10.67 %
на територията на РЗИ Русе	725	увеличение с 6.93 %
на територията на РЗИ Бургас	769	увеличение с 10.33 %
на територията на РЗИ Пловдив	1787	увеличение с 7.2 %
РЗИ Варна	1289	увеличение с 17.39 %
персонал на АЕЦ	1804	-
външни фирми работещи в АЕЦ	234	намаление с 19.03 %

Основни изводи

- ✓ Наблюдава се увеличение на броя издадени експертни заключения за годност за работа в среда на йонизиращи лъчения спрямо предходната година от 4.3 %, което е за сметка на увеличение на работещите в страната. Увеличението се дължи основно на новопостъпил персонал в областта на медицината.
- ✓ От всички издадени експертни заключения, общо 12781 броя, непригодни за работа в среда на йонизиращи лъчения са 6 лица.

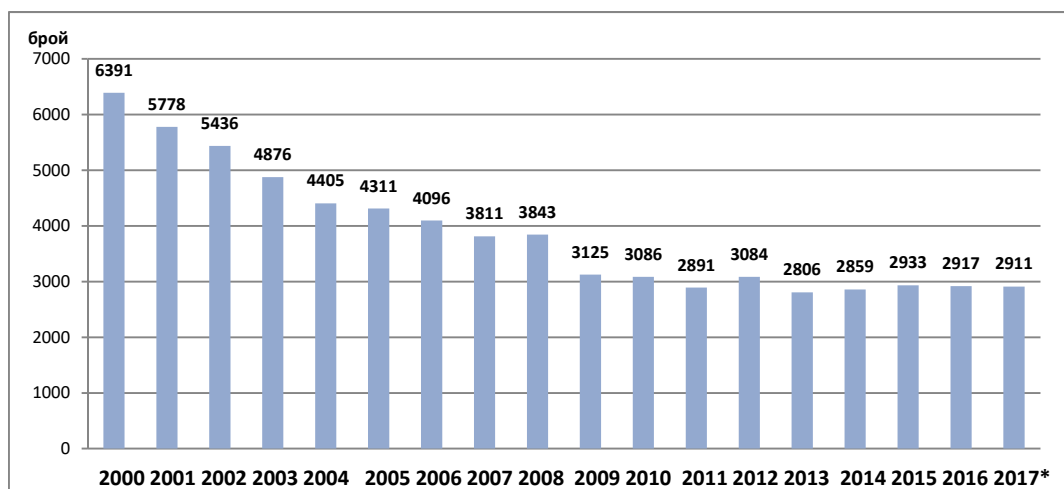
- **Рискови фактори, свързани с трудовата среда**

Заетостта на работещите в традиционно рискови икономически сектори в България е по-висока в сравнение с голяма част от страните в Европейския съюз (ЕС), 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.), като на тези фактори не винаги се обръща нужното внимание. Застаряването на работната сила поставя редица предизвикателства при осигуряване на здравословни условия и организация на труд и трудово-медицинско обслужване. Друг важен проблем е по-ниската информираност на една част от работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа.

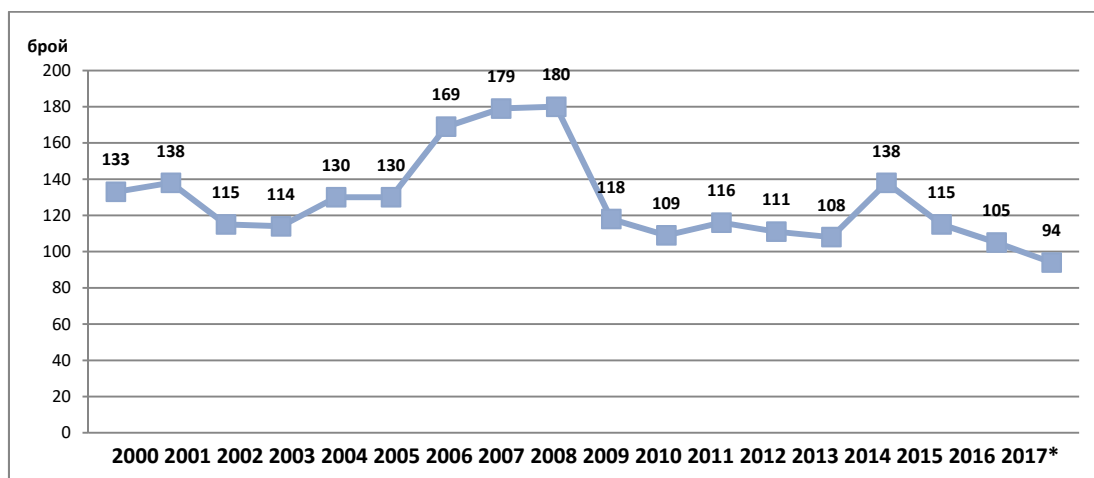
Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа. През 2017 г. общият брой на злополуките по оперативна информация на НОИ е 2911, малко по-нисък в сравнение с 2016 г., когато регистрираните ТЗ са 2917 (Фиг. 95). Загубените календарни дни от ТЗ са по-малко спрямо 2016 г. с 23% (193017 при 251720 за 2016 г.) Смъртните ТЗ са 94 бр. (Фиг. 96), инвалидизиращите злополуки на работното място са 6. И при двата показателя се регистрира понижение – съответно от 105 и от 54 през 2016 г.¹⁸

Фигура 95. Общ брой трудови злополуки за периода 2000-2017 г.



*Информацията за 2017 г. е оперативна към 16.01.2018 г.

Фигура 96. Смъртни трудови злополуки за периода 2000-2017 г.



*Информацията за 2017 г. е оперативна към 16.01.2018 г.

¹⁸ Статистика трудови злополуки, Национален осигурителен институт: www.noi.bg

Икономическите сектори с най-висок брой ТЗ по оперативна информация за 2017 г. са сухопътен транспорт /256 бр./, държавно управление /237 бр./, строителство /185/, хуманно здравеопазване /162/, търговия на дребно /151/.

През 2017 г. в териториалните поделения на НОИ са открити 39 досиета за професионални болести, по-малък брой в сравнение с 2016 г. и 2015 г., когато са открити 47 и 66 досиета съответно. Заболелите лица със съмнение за професионален характер на заболяванията са 36, докато през 2016 г. и 2015 г. са 40 и 58 съответно. Продължава тенденцията от предходните години на нисък брой разкрити досиета на случаи със съмнение за професионална болест.

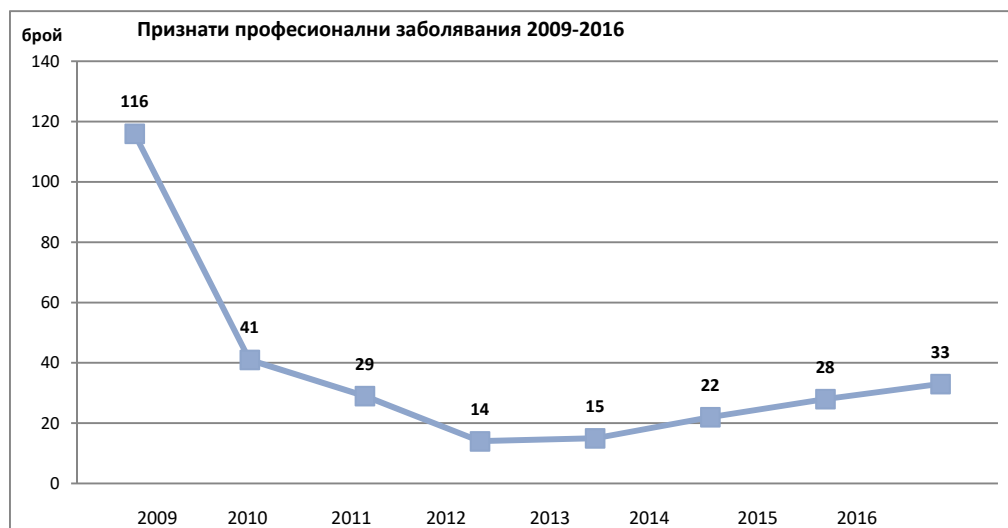
Нивото на разкрита професионална заболеваемост и болестност в България е значително по-ниско от това в страните от ЕС.¹⁹ Въпреки значителните различия по отношение на признаването на професионалните заболявания в страните на ЕС, трябва да се отбележи, че в по-ниска степен професионалните заболявания са обхванати само в Гърция, Кипър, Исландия и Ирландия. Като пример може да послужи фактът, че съгласно данните на НОИ през последните години /2009-2016/ в България няма регистрирани случаи на професионална заболеваемост от мезотелиом, докато по данни на Националния раков регистър за периода 2007-2013 се установяват ежегодно от 42 до 58 нови случаи на мезотелиоми²⁰, 40 до 56 от които плеврални. Въпреки, че не е проследен професионалният им характер, съгласно критериите на СЗО за 90 % от плевралните мезотелиоми се приема, че имат професионална етиология. Гореизложеното предполага, че са налице недостатъци във функционирането на системата за медицинско наблюдение на работещите и ранно активно откриване на професионалните и свързаните с труда заболявания, както и в регистрацията им.

Броят на признатите професионални заболявания остава нисък (Фиг. 97). За 2016 г. най-голям брой са респираторните професионални заболявания /14/, следвани от мускулно-скелетни /10/. По причина за развитие на професионалните заболявания водещи фактори са физичните, индустриалните фактори, материали и продукти и биомеханичните (съответно 12, 12 и 7 случая). Професионалните заболявания, причинени от индустриални фактори и материали, са основно вследствие експозиция на прах с кристален силициев диоксид – 10 случая. Най-висок брой са признатите професионални заболявания в преработващата /18/ и добивната промишленост /10/.

¹⁹ Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. European Commission, March 2013. Available at: https://osha.europa.eu/fop/czech-republic/en/publications/report_occupational.pdf

²⁰ Заболеваемост от рак в България 2009 г., Национален раков регистър: <http://www.sbaloncology.bg/bg/bulgarian-cancer-registry.html>

Фигура 97. Признати професионални заболявания за периода 2009 – 2016 г.



Към 22.08.2018 г. действащите СТМ²¹ са 535 и практиката за участие на специалистите по трудова медицина в повече от една СТМ се запазва. Като цяло трудово-медицинските услуги нямат нужното качество, често са формални, като се изработват типизирани оценки на риска и препоръки без практически принос за опазване и подобряване здравето на работещите. Високата смъртност на населението в трудоспособна възраст, 21% от общата смъртност през 2016 г. по статистически данни на НОИ, и застаряването на работната сила налага предприемане на спешни мерки за подобряване качеството на трудово-медицинското обслужване, особено по отношение на превенция риска и промоция на здравето на работното място.

В заключение може да се отбележи, че трудовият травматизъм намалява, но се запазва на нива близки на тези от предходните години. Смъртните ТЗ намаляват. Не се наблюдава подобряване на разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания, която остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС. Липсва информация на национално ниво относно свързаните с труда заболявания, и то при много висока ранна смъртност на населението. Очевидно е наличието на проблеми в трудово-медицинското обслужване, за преодоляването на които са необходими законодателни промени, регламентиращи по-добре условията на функциониране на СТМ и извършваните дейности, подобряване обезпечеността с кадри и подготовката им, осигуряване на контрол върху извършваните дейности.

Основни изводи и заключения

- През 2017 г. общият брой трудови злополуки намалява спрямо 2016 г., намалява и броят на тези с летален изход и инвалидизиращите злополуки на работното място. Разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС.

3.1.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот

- **Тютюнопушене**

Тютюнопушенето е една от водещите предотвратими причини за заболявания и смърт, като в същото време тютюнът е единствената легално разпространявана стока, която убива почти половината от тези, които я употребяват

По данни на СЗО, всяка година в света от заболявания, свързани с тютюнопушенето, преждевременно умират повече от 5.6 милиона души, като 1 на 8 смъртни случая в

²¹ Регистър на СТМ, МЗ

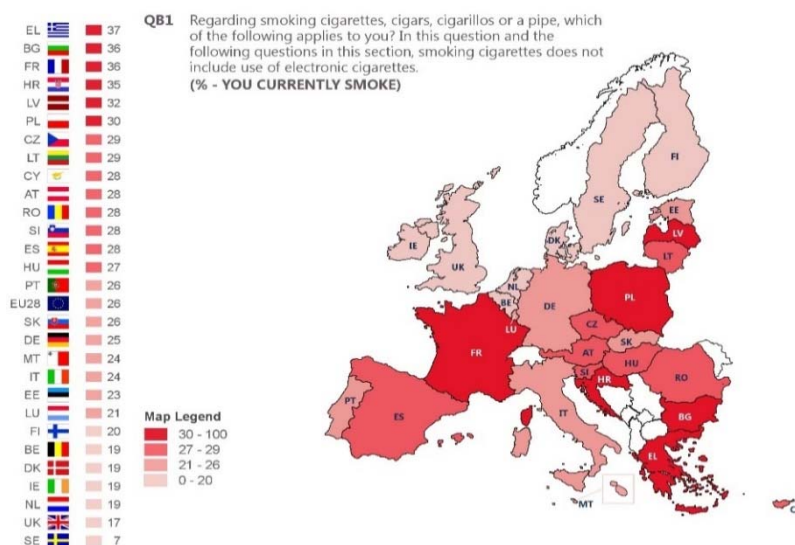
популацията на възраст 30 и повече години се предизвиква от тютюнопушене. В Европа тютюнопушенето формира 12.2% от глобалното бреме на болестите (3-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички умирения (7). За България тези показатели са съответно 13.5% и 12.4%. У нас тютюнопушенето причинява преждевременната смърт на 17 560 души годишно, загубените заради тютюнопушене години човешки живот са 417 490. Преждевременната смъртност, от болести, свързани с тютюнопушенето е оценена на над 9.3 млрд. евро или близо 1/5 от БВП.

Според изследване за целите на Европейската комисия, материалните щети от тютюнопушенето в България възлизат на 165 млн. лв., а нематериалните надхвърлят 4 млрд. лв. (консервативни оценки). Това е двойно повече от приходите от акцизи върху тютюневи изделия.

От 2003 г Европейската комисия периодично провежда в рамките на Евробарометър проучвания на общественото мнение и нагласите на европейците към редица въпроси, свързани с тютюна. Общата цел на тези изследвания е да се оцени разпространението на употребата на тютюн и излагането на тютюнев дим на обществени места, мотивация за тютюнопушене и да помогне за идентифицирането на мерки за намаляване на броя на пушачите в ЕС. Последното проучване е проведено през 2017 г и проследява тенденциите от 2014 г. В България, проучването проведено на 18-27. Март 2017 г. от TNS BBSS () , Анкетирани са общо 1044 лица на възраст 15+.

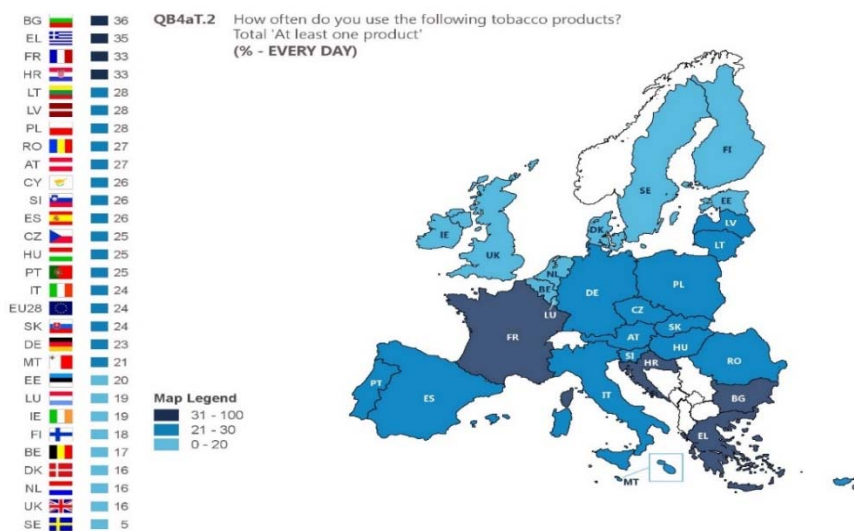
Резултатите сочат тенденция към намаляване на тютюнопушенето в Европа. Общият дял на **настоящите пушачи** в ЕС е 26% със спад спрямо 2012 г. е 2 процентни пункта, като най-голямото намаление (4 процентни пункта) е сред младите хора, а именно във възрастовата категория 15 — 24 год. (25 % спрямо 29 %). Като цяло 20% от европейците са отказали тютюнопушенето, а повече от половината (53%) никога не са пушили. Установени са, обаче силно изразени регионални разлики в разпространението на употребата на тютюневи изделия с постоянно по-високи нива на тютюнопушене в Южна Европа. Повече от една трета от респондентите в Гърция (37%), България (36%), Франция (36%) и Хърватия (35%) са пушачи. От друга страна, делът на пушачите е 7% в Швеция и 17% в Обединеното Кралство (Фиг. 98). Данните за пушачите в България през 2017 година са отново 36%, без промяна в сравнение с резултатите от проучването през 2014 и намаление с 1% спрямо това през 2012 г.

Фигура 98. Разпространение на употребата на тютюневи изделия в Европа



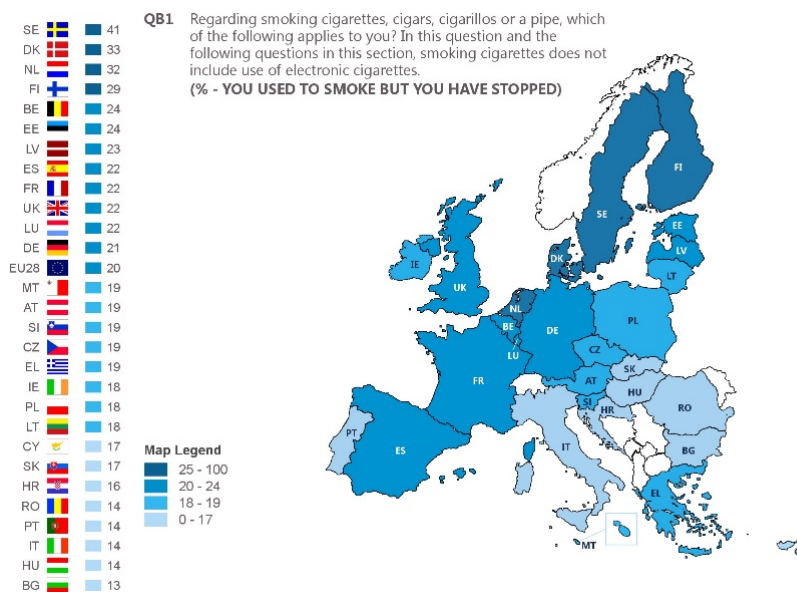
При анализа на честотата на употребата на тютюневите изделия, се определя броя на "ежедневните" и "епизодичните" пушачи (Фиг. 99). Като цяло 24% от пушачите в ЕС могат да бъдат считани за ежедневни пушачи. Този процент е най-висок в някои южноевропейските страни (36% в България, 35% в Гърция и 33% в Хърватия и Франция). Обратно, най-малко са ежедневните пушачи сред анкетираните в северноевропейските страни, особено в Швеция (5%), но и в Обединеното кралство, Холандия, Дания (всички 16%), Белгия (17%) и Финландия (18%).

Фигура 99. Честота на употребата на тютюневите изделия в Европа



По-голяма част от респондентите в Северна Европа са **отказали тютюнопушенето**, като преобладаващият брой бивши пушачи са от Северноевропейските държави. В Холандия (32%) и Дания (33%) около една трета от респондентите са пушили, но са се отказали, а в Швеция 41% от анкетираните са бивши пушачи. В няколко страни от Южна Европа и Централна и Източна Европа делът на бившите пушачи е особено нисък-България (13%), Италия, Унгария, Португалия и Румъния (всичките с 14%).

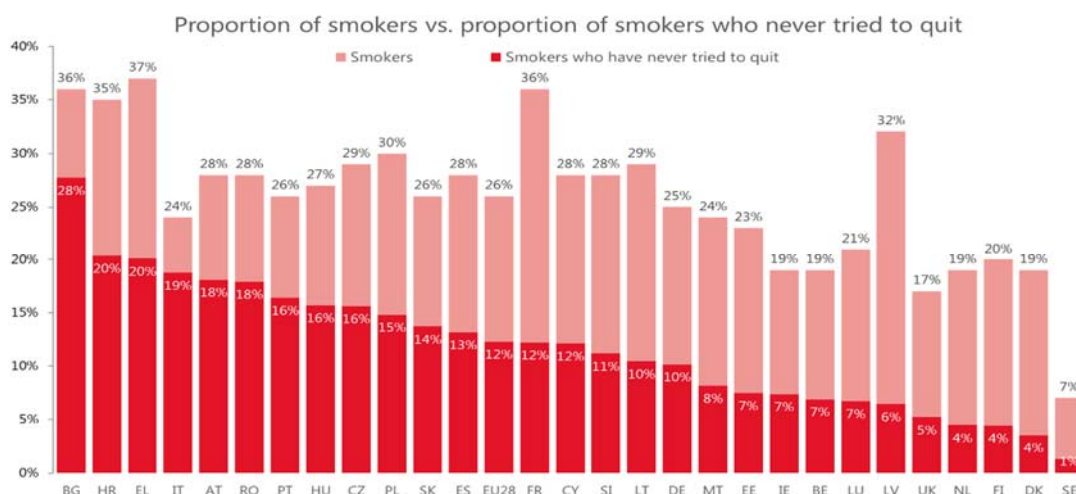
Фигура 100. Относителен дял на бившите пушачи в ЕС 2017



Настоящи пушачи и настоящи пушачи, които никога не са опитвали да се откажат. Графиката по-долу сравнява общия процент на пушачите във всяка страна с броя на тези от тях, които никога не са опитвали да се откажат. В ЕС 12% от респондентите са пушачи, които никога не са се опитвали да откажат пушенето. Делът на пушачите, които никога не са се опитвали да се откажат, варира значително между отделните страни и изглежда е независим от общото разпространение на тютюнопушенето. Например във Франция, при 36% пушачи, само 12% са тези, които никога не са се опитвали да откажат тютюнопушенето. В Латвия при 32% пушачи, само 6% са тези, които никога не са се опитвали да се откажат.

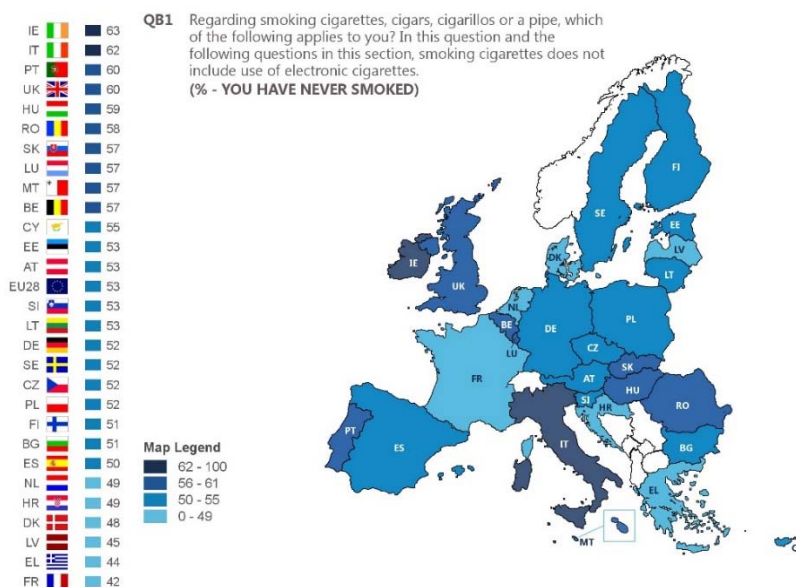
В другата крайност е България, в която по голямата част (28%) от 36-те процента пушачи не са правили никога опити за се откажат.

Фигура 101. Общ процент на пушачите в ЕС, сравнен с броя на тези от тях, които никога не са опитвали да се откажат



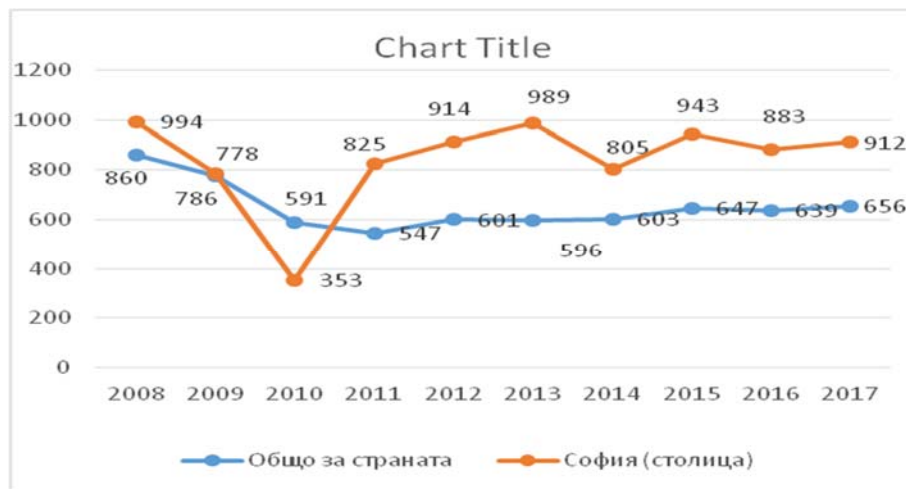
Никога не са пушили поне половината от респондентите в 22 страни, като тази цифра достига съответно 63% и 62% съответно в Ирландия и Италия. В противоположния край на скалата, са респондентите във Франция (42%), Гърция (44%) и Латвия (45%), които никога не са опитвали тютюневи изделия. Около половината българи (51%), не са пушили никога през живота си.

Фигура 102. Относителен дял на тези, които никога не са пушили



Резултатите от проучването Евробарометър подкрепят в известен смисъл данните на НСИ за потреблението на тютюневи изделия от българските граждани.

Фигура 103. Потребление на цигари (общо за страната и г. София), (средно на лице) между 2008 и 2017 г.



Както се вижда на Фиг. 103 между 2012 и 2017 г. се отбелязва известно повишение на консумацията на цигари, което основно се дължи на по-високото потребление в столицата София и не е обвързано нито със забраната за тютюнопушене в закрити обществени места, нито с ценовата политика за двукратно минимално увеличение на цените на цигарите.

Въпреки сравнително добрата законова рамка за контрол на тютюнопушенето, прилагането на законодателството е проблем, тъй като нито правните актове, нито наредбите за прилагане на законите предвиждат ясни изисквания за глоби и наказателни санкции.

Например: няма политическа воля за налагане на ефективен контрол върху тютюнопушенето на закрити обществени места, особено в ресторанти, кафенета, барове и т.н. Подобни са и проблемите във връзка със забраната за продажба на тютюневи изделия на лица под 18 години (чл. 30 от ЗТТСИ), която също така не се прилага. От друга страна ЗТТСИ разрешава външната реклама и рекламата в местата за продажба, което е в противоречие с Рамковата конвенция за контрол на тютюна, която България е подписала и ратифицирала.

Телефонната линия за отказване от тютюнопушене е напълно неефективна, поради това, че нейните функции се свеждат до насочване на клиентите към кабинетите за отказ от тютюнопушене в РЗИ.

Не са особено ефективни и кабинетите за отказване от тютюнопушене, ситуирани в РЗИ и регистрирани като здравни, а не лечебни структури. Трябва да се вземе предвид, че Тютюневата зависимост е призната за болестно състояние, което предизвиква психични и поведенчески разстройства, дефинирано в Международната класификация на болестите на СЗО, 10-та ревизия (МКБ-10, код F-17) и в диагностичния и статистически справочник (DSM IV) на Американската психиатрична асоциация и цялостно да се ревизира тяхната структура и функции.

Препоръки:

- Въвеждането на интегриран, научно обоснован алгоритъм за управление на риска от тютюнопушенето. Целеви групи в програмите за превенция на тютюнопушенето трябва да

бъдат не само пушачите, но и техните семейства, както и най-уязвимите групи от населението (деца, бременни жени, болни от хронични неинфекциозни болести). Разработването и оптимизирането на интегрирани подходи към решаването на проблема е особено важно в условията на реформиране на здравната система в страната.

- Пълна ангажираност на Министерството на здравеопазването и правителството като цяло с цел насърчаване на хоризонталното сътрудничество в рамките на държавния апарат насочено към контрола върху тютюна и осигуряване на достатъчна финансова подкрепа за националните дейности за прилагане на РККТ.
- Създаване на национален координационен механизъм и координационен център за контрол на тютюна с цел насърчаване на национални дейности, изграждане на капацитет и застъпничество за прилагане на РККТ чрез междусекторно сътрудничество и подкрепа на участието на гражданите и гражданското общество.
- Ратифициране или присъединяване към Протокола за елиминиране на незаконната търговия с тютюневи изделия
- Сред основните права на непушачите, заложен в Хартата за борба с тютюнопушенето, влиза правото на всеки пушач на подкрепа и помощ, които да му помогнат да преодолее навика да пуши. Проблемът с превенцията на тютюнопушенето и болестите, които възникват в резултат на него е важна задача на първичната медицинска помощ. Ранното откриване, профилактика и лечение на тютюнопушенето е необходимо да бъде част от програмите за превенция на хроничните неинфекциозни болести, включващи ранна диагностика, корекция и мониторинг на факторите на риска и насочени към усъвършенстване на профилактичната помощ в системата на здравеопазването. В този контекст е необходим комплексен подход, включващ: реализация на политика контрол и превенция на тютюнопушенето; обучение и стимулиране на медицинския персонал за профилактични дейности; включване на лечението на тютюневата зависимост в пакета услуги на ОПЛ и специалистите от ПМП; създаване на структурни звена за превенция и преустановяване на тютюнопушенето при първичната медицинска помощ; създаване на система за регистрация и отчет.
- Кабинетите за отказване от тютюнопушене трябва да бъдат превърнати в центрове за оказване на помощ на отказващите се от цигарите и техните семейства. В тези центрове е необходимо да работи квалифицирани персонал, със съвременни методики, апробирани в различни страни, включващи консултиране от лекар и психотерапевт, никотин заместваща терапия и поведенческа подкрепа.

- ***Употреба на алкохол***

Консумацията на алкохол е една от проявите на нездравословен начин на живот и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. Злоупотребата с него е причина за редица здравословни проблеми – психични и поведенчески разстройства, зависимост, тежки незаразните заболявания, като цироза на черния дроб, някои видове рак и сърдечно-съдови заболявания и наранявания в резултат от насилие и пътнотранспортни произшествия.

По данни на Световната здравна организация (СЗО)²², алкохолът е причина за 3.3 милиона смъртни случаи всяка година, което е приблизително 6% от всички смъртни случаи. Над 200 са заболяванията и състоянията, свързани с наранявания, причинени частично или изцяло от консумацията на алкохол. Установено е, че 5.1% от глобалното бреме на болестите и наранявания се дължи на алкохола, а злоупотребата с него води до смърт и инвалидност в ранните етапи от живота. Сред хората на възраст 20-39 години приблизително 25% от всички смъртни случаи са свързани с алкохол.

²² Alcohol, WHO 2018, www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

Алкохолът е третият по значимост фактор на риска за здравето в страните от Европейския регион, където е и най-голямото му потребление. Повече от една пета от населението на възраст над 15 години съобщава за периодична консумация на алкохол в големи количества (пет или повече стандартни порции или 60 грама алкохол наведнъж) поне веднъж седмично. Зависими от алкохола са 6.4% от мъжете и 1.2% от жените, а при 12.6% от мъжете и 2.9% от жените се установява алкохолно разстройство²³.

У нас над 65% от лицата на 20+ години, употребяват алкохол (бира, вино, концентрати). Всеки четвърти го консумира ежедневно, като делът на мъжете е 3.7 пъти по-голям от този на жените. С рисковата седмична консумация на алкохол са 7.4% от мъжете и 4.0% от жените, а с високорискова – съответно 13.6% и 3.4% от тях. Средното количество АА при мъжете е 192.07 мл АА, при жените - 53.60 мл.²⁴

Тревожна е ситуацията и при подрастващите. Над 62% от децата на 10-19 години са опитвали алкохол, като средната възраст на първата консумация е 13 години. Консумират алкохол 48% от тях, ежедневно - 1.4%, понякога - 46.6%. Повече от 10 пъти през годината са се напивали 2.6% от учениците, като най-висок е делът на 15-19-годишните момчета. От 4 до 10 пъти са злоупотребили с алкохол 5.7% от анкетираните.

Проучване на СЗО показва, че нивото на консумация на абсолютен алкохол на глава от населението на възраст над 15 години варира от 18.2 литра АА в Молдова до 0.02 литра АА в Афганистан. Показателят за нашата страна е 12.4 литра АА, с което България се нарежда на 26 място в класацията²⁵.

По данни на НСИ в периода 2001 – 2017 г. в страната ни се наблюдава значимо нарастване (с 10.7 литра) на консумацията алкохолни напитки средно на лице от домакинство, увеличават се значително и разходите за алкохолни напитки (като абсолютни стойности)²⁶.

Таблица 20. Потребление на алкохолни напитки средно на лице от домакинство

Продукти и напитки	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Алкохолни напитки - л	18,2	18,5	21,4	22,6	22,4	23,1	24,8	24,9	25,5	23,6	23,2	26,3	27,1	28,4	29,2	27,3	28,9
Бира	8,6	8,5	10,0	11,4	12,0	14,4	15,9	16,1	16,1	15,8	15,6	18,1	18,9	19,9	21,7	20,3	22,1
Вина	6,9	7,2	8,3	8,3	7,5	6,0	6,3	6,2	6,7	5,5	5,2	5,5	5,5	5,5	4,6	4,4	4,3
Ракии	2,4	2,4	2,7	2,6	2,5	2,3	2,1	2,1	2,2	2,0	1,9	2,1	2,1	2,4	2,2	1,9	1,9
Други спиртни напитки	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7

Източник: НСИ

През 2017 г. средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 504 лв. на година (2016 г. – 481 лв.) и на 219 лв. на лице от домакинството (2016 г. – 205 лв.). Въпреки по-високите в номинална стойност разходи, алкохолът и тютюневите изделия не променят своето значение в структурата на разходите за периода 2001 – 2017 г.

Отчитайки световната тенденция за увеличаване консумацията на алкохол и съпътстващите я вредни последици, следва да бъдат предприети адекватни мерки за ограничаване на злоупотребата с алкохол в национален мащаб. СЗО отдава особено значение на разработването, тестването и оценката на икономически ефективни интервенции в тази насока, както и създаване, разработване и разпространяване на научна

²³ Alcohol use, WHO/Europe, 2018, Data and statistics, www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics

²⁴ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г, Българско списание за обществено здраве, 2016, том 8, кн.4

²⁵ WHO 2018, Global Status Report on Alcohol and Health, 2014, <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/info>

²⁶ Национален статистически институт, 2018, <http://www.nsi.bg>

информация относно злоупотребата с алкохол и свързаните с това здравни и социални последици. Глобалната стратегия за намаляване на вредното използване на алкохол е общият ангажимент на държавите-членки на СЗО да продължи да работи за намаляване на глобалната тежест на болестите, причинени от вредното използване на алкохол.

Физическа активност

Ниската физическа активност е сред основните причини за възникване на хроничните незаразни болести - 21-25% от случаите на рак на гърдата и дебелото черво, 27% от тези на диабета и приблизително 30% от случаите на исхемична болест на сърцето²⁷.

Изследвания на Евробарометър за спорта и физическата активност (2009, 2013, 2017) показват, че България е една от страните, в които значителна част от населението в активна възраст (78%) никога не практикува спорт през свободното време, като се установява сериозен регрес от 20% през 2017 спрямо 2009 година. Едва 2% от българите спортуват редовно през 2017 г..²⁸ Нивото не се променя от 2013 г. насам. Делът на тези, които никога не спортуват се е увеличил незначително от 42% на 46% и това е продължение на тенденция от 2009 г. Никога не извършват тежки натоварвания (вдигане на тежести, копаене, аеробни тренировки и интензивно колоездене и др.) 60% от лицата. Редовни в това отношение и практикуват от 4 до 7 дни в седмицата физически упражнения и спорт 16% от тях, 35% никога не извършват такава дейност, като делът им се увеличава на 30% през 2013 г. Ангажираността в спорта и физическата активност е по-слабо разпространена сред хората с по-ниски нива на образование и сред хората с финансови затруднения.

Физическите дейности се извършват предимно в паркове, площадки и др. (40%); у дома (32%); по време на придвижването между дома и работното място, училище или магазини (23%). Въпреки това, 15% от европейците не ходят пеша поне 10 минути през седмицата, а 12% седят повече от 8.5 часа на ден. Най-голям е процентът на спортуващите хора в Исландия (62.1% от жените и 59.6% от мъжете), Норвегия (57.8% при мъжете и 55.9% при жените) и Дания (63%). Едва около 10% от населението у нас, или почти 1 от всеки 10 българи, спортуват активно, а никога – 68%. Аналогични са данните за Гърция и Португалия (68%), следвани от Румъния (63%) и Италия (62%). В скандинавските страни само малка част от анкетираните никога не практикуват спорт: Финландия (13%), Швеция (15%) и Дания (20%). Страните, в които анкетираните са физически активни редовно са Финландия и Швеция (69%) и Дания (63%)²⁹. Само в шест страни се отчита намаляване на процента на тези, които никога не спортуват – Малта (-19 %), България (-10 %) и Кипър (-8 %).

Тенденциите и промените в нивото на физическата активност на населението през последните десетилетия се е променило поради развитието на технологиите, икономиката и социалната структура. Ограничения във времето са основната причина за българите да не правят упражнения или редовно да спортуват. Липсата на финансови възможности е също причина за ниската физическа активност на населението. Над 23% от населението е установено, че живее под линията на бедност от 4 213 лв. годишно през 2016 г., 39% живеят в риск от бедност или социално изключване³⁰. Над 70.0% от населението над 20 и повече години е с недостатъчна физическа активност през свободното време, включително лицата, които не я извършват поради болест или инвалидност. Тревожен е фактът, че недостатъчна е физическата активност и при децата на възраст 10-19 г.. Почти всеки ден през свободното време са физически активни 48.2% от момчетата и 25.5% от момичетата, 2-3 пъти в

²⁷ N.Filipov. *Contemporary Sport Policy in Bulgaria – Priorities, Problems and Future Prospects for Tackling Inactivity: focus on sport participation*. University of Jyväskylä Faculty of Sport and Health Sciences Social Sciences of Sport Master's Thesis. Spring 2018 – <https://jyx.jyu.fi/.../URN%3ANBN%3Afi%3Aju-2018070334>

²⁸ Special Eurobarometer: Sport and physical activity

<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2164>

²⁹ Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity, 2014 - http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf

³⁰ National Statistics Institute, 2017 /www.nsi.bg/bg/content/8257/

седмичата спортуват 33.8% от тях⁷. Всеки трети ученик спортува веднъж седмично, рядко или въобще не се занимава със спорт.

За да бъде повишена физическата активност на населението в България е необходимо да се разработи и реализира съответна политика с участието на икономиката, образованието, финансите, околната среда и др. Необходимо е също така да се вземат предвид ограничените ресурси на страната и да се въведат стратегически и реалистични цели в националната политика³¹. Реализирането на Глобалния план за действие за физическата активност 2018-2030 и включване на страната ни в заложените в него дейности ще дадат възможност за повишаване на физическата активност на населението и подобряване здравето на нацията.

Хранене и хранителен статус на населението в България

Данните от ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България, извършвани от НСИ при представителна извадка от населението, се използват за наблюдаване и очертаване на тенденции в потреблението на храни и напитки от населението. През последните години се наблюдава постоянно намаляване потреблението общо на *хляб и тестени изделия*, като от 2010г. до 2017 г. употребата на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляла с 18,7%. Подобна е и тенденцията при консумирането на *картофи* в същия период, като се наблюдава 7.2% спад. Потреблението на *пресни и замразени зеленчуци и плодове* има обща тенденция за нарастване до 2014 г., тогава се наблюдава най-високо ниво на консумация, докато през периода 2015-2017 г. потреблението на плодове и зеленчуци е намаляло с 4,2% спрямо нивата през 2014 г. През 2017 г се наблюдава повишаване на консумацията на плодове и зеленчуци само с 0,5% спрямо тази през 2016 г. Средно дневното потребление на плодове и зеленчуци на лице през 2017 г. е 271 грама и не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 грама. През периода 2010–2017 г. се наблюдава запазване нивото на потребление на месо, но с промяна в структурата на отделните видове меса. Има тенденция за увеличаване на консумирането на свинско месо в този период с 15,3%, като консумацията на други видове меса - от едър рогат добитък, агнешко, ярешко и домашни птици се запазва. Нивото на потребление на обработено месо и колбаси е относително стабилно, като в периода 2010-2016 е 27,5 кг средно годишно на лице от домакинство или 73,3 грама на ден, като през 2017 г. това ниво намалява с 5%. Потреблението на *риба* и рибни продукти е с плавна тенденция на нарастване до 2013 г. след което се наблюдава спад като през 2017 г. потреблението е 9,6 кг или годишно или 26,3 гр. на ден на лице от домакинството, като не достига препоръчаните нива за дневна консумация от 30г. От 2010г. до 2017 г. консумирането на *млечни продукти* се запазва в рамките на препоръчаните нива. Потреблението на *прясно мляко* за периода 2010-2016 е средно 44,8 л годишно, докато през 2017 се отбелязва спад с 8% спрямо този. За периода 2010-2017 г. се наблюдава постепенен спад в потреблението на бобови храни, като през 2017 е 12,6 кг годишно, докато през 2010г., когато е и най-високото ниво на потребление, е било 15.1 кг.

В периода от 2010г. до 2017 г. се наблюдава тенденция за понижаване употребата на *добавени мазнини*. През 2017 г. потреблението на олио е с 11,3% по-ниско в сравнение с 2010г., когато е отчетена най-висока стойност. След 2011г. не се употребява свинска мас в ежедневието. Потреблението на маргарин отбелязва постепенен спад през периода 2010-2017 г., като през 2017 г. е най-ниската консумация – 2,3кг годишно на домакинство, което е 1,6 пъти по-малко от потреблението през периода 2010-2016 г.

През периода 2010-2016 г. продължава тенденцията на намаление на употребата на *захар* като среднодневно на лице от домакинство, като през 2017 г. консумацията на захар

³¹ *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018 - <http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en>*

е леко увеличена спрямо 2016 г. и се равнява на 86,8 грама захар дневно на лице от домакинството. Запазва се тенденцията за увеличение потреблението на *захарни и шоколадови изделия* и за посочения период нарастването е с 24%.

Употребата на *безалкохолни и алкохолни напитки* се увеличава в периода от 2010г. до 2017 г., като през 2017 г. се наблюдава най-високото потребление на безалкохолни напитки – с 8,1% по-високо спрямо 2016 г. Потреблението на алкохолни напитки показва тенденция за увеличаване, като това е за сметка предимно на потреблението на бира, което се е увеличило с 1,7 пъти през 2017 г. спрямо 2010г.

През 2017 г. се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на храни - намаляване консумацията на тестени изделия, компоти, туршии, кайма и субпродукти, на добавени мазнини, маргарини. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира). и намаляване консумацията на мляко, риба, бобови храни, плодове и зеленчуци.

Актуализирана е Наредбата за физиологичните норми за хранене на населението в България, която е публикувана в ДВ бр.11/2018 год. Подготвено е изменение на Наредба №6 за здравословно хранене на деца от 3 до 7 години и е актуализиран съобразно промените Сборник рецепти и ръководство за здравословно хранене на деца от 3 до 7 години.

Стартирана е подготовка по един от приоритетите на Българското председателство на Съвета на Европейския съюз в сектор „Здравеопазване“ - здравословно хранене при деца. Разработена е концепция за провеждане на конференция по проблема в рамките на на Българското председателство на Съвета на министрите и е подготвено предложение за финансиране. Организиран и проведен са кръгли маси в 4 областни градове (Пловдив, Плевен, Велико Търново, Благоевград) на тема „Здравословното хранене“. Предоставена е информация на участниците по въпросите на храненето, важен фактор за растежа, развитието и здравето на децата; представени са данни от проведените проучвания и оценки на храненето на населението в Р. България, извършени от МЗ, НЦОЗА и РЗИ при децата до 1 годишна възраст, ученици от 7 до 19 г., данни от Европейската инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца; представени са бъдещи приоритети в областта за действие, действащото законодателство и политики по здравословно хранене. Представени са рамките и целите на българското председателство по темата за здравословно хранене при децата на национално и Европейско ниво. Проведена е дискусия по актуалните проблеми на храненето, въпроси и отговори от присъстващите. Дейността е отразена в средства за масово осведомяване чрез публикации в регионалните всекидневници, ТВ предавания (интервюта, репортажи от събитието и ТВ предаване с родители по темата здравословно хранене), радиопредавания с репортажи и интервюта, публикации на интернет страницата на РЗИ.

Употреба на наркотици

Употреба на наркотични вещества сред населението в страната

По данни от Национално представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България (на възраст 15-64 години), проведено през 2016 г., общо 11,2% (между 472 000 – 565 000 лица) от възрастното население са употребили поне веднъж в живота си някакво наркотично вещество. В сравнителен план делът на тези хора е по-висок от всички други предходни години, когато са правени подобни изследвания – 2005 г. (5,2%); 2007 г. (6,4%); 2008 г. (8,6%) и 2012 г. (8,3%).

Употребата на каквото и да е наркотично вещество през последната година (5,7%), във възрастовата група 15-64 г. се е увеличила в сравнение с 2012 г. (4%). Подобна тенденция е регистрирана и по отношение на употребата на включените в изследването

наркотични вещества през последния месец. Общо 2,6% (около 97 203 – 143 490 лица) от възрастното население 15-64 години са имали поне една употреба на някакво наркотично вещество. Тези данни затвърждават тенденцията на нарастване през последните години на актуалната употреба на наркотични вещества (2005 г. – 0,8%; 2007 г. – 1,4%; 2008 г. – 1,8%; 2012 г. – 2,1%).

Резултатите показват, че най-масово употребяваното наркотично вещество в България е марихуаната – 8,1 % (337 900 – 416 585 души) от анкетираните са го опитали поне веднъж в живота си. Хероинът все още е най-силно свързаният с проблемна употреба наркотик, но с нарастваща тенденция към спадане за сметка на стимулантите. На второ място по разпространение на употребата сред общото население са веществата от групата на стимулантите: екстази – 2,1% (приблизително 78 688 – 115 718 души), амфетамини – 1,5% (приблизително 50 916 – 87 950 души), кокаин – 0,9% (приблизително 27 772 - 55 545 души) и метамфетамини – 0.3% (приблизително 4 629 – 23 144 души).

Младите хора на възраст между 15 и 34 години представляват около 81.5% от всички лица във възрастовия диапазон 15-64 години, които поне веднъж в живота си са употребили някакъв вид наркотик. 26.2% от учениците от 9-ти до 12-ти клас поне веднъж в живота си са пробвали някакво наркотично вещество.

Употреба на нови психоактивни вещества

Според данни от Националното представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България (на възраст 15-64 години) 1,1% от анкетираните са употребявали поне веднъж в живота си нови психоактивни вещества (приблизително 37 030 – 64 802 души). През последните 12 месеца, 0,4% от анкетираните на възраст 15-64 г. съобщават за наличие на такава употреба (0,5% от мъжете; 0,3% от жените). Във възрастовата група 15-34 г., разпространението на употребата на т.нар. „дизайнерска дрога” през последната година е 1,1% (1,3% от мъжете и 0,9% от жените). По отношение на употребата на нови психоактивни вещества през последните 30 дни само 0,1% от лицата на възраст 15-64 г. (и то само мъже) съобщават за наличието на такава. Употребата през последния месец при младото население (на възраст 15-34 г.) също е 0,1 %.

Проблемна употреба на наркотици

Проблемната употреба на наркотици се свързва с редовна и/или инжекционна употреба на опиоиди и стимуланти. Според оценки по метода Capture-Recapture (чрез използване на агрегирани данни от три източника – полиция, спешна помощ и аутрич програми) броят на проблемно употребяващите наркотични вещества в България в края на 2016 г. е 18 849 души, с доверителен интервал при 95% гаранционна вероятност от 17 917 до 19 890 души. В съвременните условия все по-често се използва и индикатора „**високорискова употреба на наркотици**“, който се свързва с висока интензивност и рисков модел на употреба на опиоиди, стимуланти и канабис през последните 12 месеца. Според данни от проучване сред общото население на възраст 15-64 г. в края на 2016 г. се формира оценка за 31 725 лица с високорискова употреба на наркотични вещества в България. Прилагайки интервал на доверителност 95% можем да очертаем по-широк диапазон на оценката – между 30 080 и 33 370 лица. Оценката за относителния дял на лицата с високорискова употреба на наркотични вещества в страната към населението на възраст 15-64 години е 6,75 на 1000 лица от населението, при широк диапазон между 6,4 и 7,1 на 1000 лица.

Данните показват, че се наблюдава намаляване на броя на високорисково употребяващите опиоиди (хероин, метадон, морфин) и увеличаване на употребяващите стимуланти и канабис. 0,45% от населението на възраст 15-64 г. са употребявали 10 или повече пъти марихуана през последния месец. Инжекционната употреба все по-често се свързва с употребата на метадон за сметка на хероин.

Здравни последици от употребата на наркотици

В България броят на новооткритите случаи на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици бележи тенденция за намаляване. Броят на новорегистрираните ХИВ-серовозитивни през 2016 г. е 22 лица (10%), (през 2012 г. той е бил 41(26%).

Наблюдава се тенденция на леко увеличаване на броя на смъртните случаи, свързани с употреба на наркотици. Според Национален статистически институт през 2017 г. са регистрирани 22 такива смъртни случая в страната, докато през 2014 г. са били 15.

Употребата на наркотици остава стабилна, но продължава да поддържа високи нива.

Употреба на наркотици сред учениците

В края на 2017 г. агенция „ЕСТАТ“, с методологическата подкрепа на Националния фокусен център за наркотици и наркомании, проведе Национално представително проучване сред учениците в гимназиален курс на обучение (9-12) клас на тема „Нагласи и употреба на психоактивни вещества“. Проучването обхваща 3700 ученици в държавни и общински училища на територията на страната и беше проведено по методиката на пряка групов анонимна анкета. В анкетата бяха поставени въпроси свързани с употребата на медикаменти, цигари, алкохол и други психоактивни вещества, както и въпроси свързани с информираността и нагласите на учениците по отношение употребата на ПАВ.

Най-голям дял от учениците в страната посочват, че някога в живота си са употребявали марихуана (21,0%), също хашиш (8,7 %), амфетамини (4,9%), метаамфетамини (3,5 %), кокаин (4,5 %), LSD (2,6%).

По отношение употребата през последните 30 дни, отново най-голям дял от учениците са посочили, че са употребявало марихуана (10,3%), хашиш (3,4%), хероин и комбинация на две и повече вещества (2,2%), амфетамини (2,6%) и метаамфетамини (2,0%).

Най-висок процент от отговорилите посочват, че през последните 30 дни ежедневно или почти ежедневно са употребявали канабис (2,5%), амфетамини, синтетични канабиноиди и анаболни стероиди (1,0%).

7,4% от учениците в страната са употребили за първи път канабис на възраст 16-18 години, 1,9% са посочили, че на тази възраст са употребили амфетамини, 1,4% - кокаин, 1,4% метаамфетамини, 0,8% - комбинация от две или повече вещества.

В по-ранна възраст (13-15 години), когато става дума за първа употреба на някакво вещество, отново изпъква употребата на канабис (10,9%), а също и на амфетамини (1,2%), метаамфетамини и синтетични канабиноиди (по 0,9%), кокаин (1,0%), екстази и анаболни стероиди (по 0,6%).

В най-ранна възраст (под 13 години) най-често учениците започват да употребяват канабис (1,7%), хероин и морфин (по 0,9%), метадон (0,8%).

13,9% от учениците посочват, че някога в живота си са употребявали канабис в комбинация с алкохол, а 5,1% - през последните 30 дни.

По отношение употребата на нови психоактивни вещества (т. н. от медиите „дизайнерски“) наркотици или продукти, различни от вече познатите и разпространявани, 3,6 % от учениците в страната посочват, че някога в живота си са ги употребявали, а 2,0% от тях посочват употреба през последните 30 дни.

С ежедневна или почти ежедневна употреба на нови наркотици са 1,1% от тях. Учениците най-често употребяват нови наркотици под формата на растителна смес за пушене (13,7%), прах (4,1%), кристали (2,9%).

Като причина за първа употреба, най-често посочват „любопитство“ (6,9 %), „за удоволствие“ (5,8%), „от скука“ (%).

Според 8,8% от учениците в страната редовното пушене на канабис не представлява риск за здравето. 17,4% смятат, че няма риск за здравето и когато пушат тревно наргиле.

2,3% от учениците определят редовната употреба на кокаин като нерискова. 23,8% приемат пушенето на канабис, като при 7,7% то се отнася независимо от количеството. (На стр. 172 преди Разпространение на ХИВ)

3.2. Държавен здравен контрол

През 2017 г. бяха положени огромни усилия за да бъдат изпълнени в пълна степен заложените в годишния план оперативни цели за провеждане на официалния контрол на обекти с обществено предназначение, продукти и стоки със значение за здравето на човека, както следва:

- провеждане на ефективен здравен контрол върху продуктите и стоките със значение за здравето на човека и обектите с обществено предназначение с цел защита здравето на населението и интересите на потребителите;

- провеждане на контрола в обектите за обществено предназначение за спазване на нормативните изисквания посочени в европейското и националното законодателство;

- прилагане на подхода за оценка на риска при провеждане на здравния контрол върху продуктите и стоките със значение за здравето на човека и обектите с обществено предназначение - насоченост на контрола към високорисковите обекти и производства на продукти и стоки;

- спазване на разпоредбите и изискванията на законодателството на ЕС, на националното законодателство, както и на утвърдените стандартни оперативни процедури, ръководства и указания;

- извършване на оценка на ефективността при прилагането на системите за управление безопасността на храните в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и обектите за търговия с тях, както и на системите за проследимост – провеждане на пълни и частични одити;

- осигуряване на независима и прозрачна контролна дейност, подобряване на формите и начините за предоставяне на информация на обществеността за резултатите от провеждания здравен контрол чрез провеждане на системна медийна политика;

- осигуряване на ефективен здравен контрол при внос на продукти и стоки със значение за здравето на човека от трети страни, за които има въведени ограничения и забрани за пускането им на пазара;

- извършване на контрол за изпълнение на нормативните изисквания по отношение критериите за химична и микробиологична безопасност на продуктите и стоките и на критериите за техния състав и етикетирание;

- провеждане на мониторинг върху безопасността на продуктите и стоките и факторите на жизнената среда съгласно действащото законодателство и указанията на МЗ;

- поддържане на системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), и предприемане на незабавни мерки за ограничаване на вредата за човешкото здраве;

- недопускане разпространението на хранителни заболявания, включително проучване на възникналите взривове;

- предприемане на административно наказателни мерки, адекватни на констатираните несъответствия;

- предоставяне на услуги, които посрещат нуждите на обществеността в областта на безопасността на продуктите и стоките със значение за здравето на човека;

- повишаване знанията и компетентността на държавните здравни инспектори, качеството и ефективността на контрола, провеждане на обучения за усвояване изискванията на Европейското и националното законодателство.

Недостига на квалифицирани кадри и ниското възнаграждение на държавните служители работещи в системата на регионалните здравни инспекции, както и възлагането

на допълнителни задачи започва да оказва неблагоприятно въздействие на ефективността на провеждания държавен здравен контрол.

Основните показатели за изпълнение са:

- обем – брой извършени проверки;
- тематична насоченост на контрола;
- лабораторен анализ на проби, взети в хода на контрола и мониторинговите програми;

Проверени са всички обекти подлежащи на официален контрол и показателите брой проверки и кратността на проверките в един обект са изпълнени.

Проведени са редица тематични планови проверки, както и извънпланови тематични проверки, възложени от МЗ, извършени са съвместни проверки с представители на Общините и други компетентни органи, проверки по жалби и сигнали на граждани, проверки свързани с получени нотификации по системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), проверки за осъществяване на последващ контрол за изпълнение на предписаните мероприятия при установяване на несъответствия с нормативните изисквания.

Постигната е и оперативната цел за провеждане на официален контрол и ограничаване възникването и разпространението на заразни болести, поддържане на сигурна система за своевременно разпознаване и съобщаване на случаите на заразни болести, осигуряване на качествена диагностика на заразните болести, опазване на страната от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск. Не са установявани сериозни и непосредствени опасности, свързани с риска за здравето на населението, което е постигнато благодарение на своевременното прилагане на профилактични и незабавни протиепидемични мерки.

Протиепидемичните дейности са били фокусирани върху:

- имунизационния обхват със задължителни и целеви имунизации и предприемане на мерки за неговото повишаване;
- организиране и провеждане на незабавни профилактични и протиепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;
- недопускане внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск, както и от възникване и разпространение на взривове и епидемии от други заразни болести, в това число и провеждане на граничен здравен контрол;
- осигуряване на материали и консумативи за извършване на своевременна и прецизна диагностика на заразните болести;
- своевременно съобщаване, регистриране и проучване на възникнали случаи заразни заболявания;
- изпълнение на профилактични програми и проекти, насочени към посрещане на грипна пандемия и минимизиране загубите от нея, сертифициране на България като свободна от морбили и вродена рубеола, профилактика и контрол на вътреболничните инфекции; първична профилактика на рак на маточната шийка, профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората.

Контрол на обекти с обществено предназначение.

През 2017 г. общият брой на извършени проверки в обекти с обществено предназначение от органите на държавния здравен контрол в страната е 162 361 броя при планирани 142 000 броя проверки. Като увеличения брой проверки се дължи на регистрираните през 2016 г. нови обекти с обществено предназначение, както и възлагането на допълнителни дейности и задачи.

Извършени са 329 проверки на обекти за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, 13 183 проверки на обекти за търговия с бутилирани натурални минерални изворни и трапезни води.

Извършени са допълнително 116 612 проверки на обекти, регистрирани по реда на Закона за храните за контрол по спазване изискванията на Наредбата 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, Закона за шума, както и на обекти за търговия с дрехи втора употреба.

Извършени са 109 789 проверки на лечебни, детски и учебни заведения по профилактика и надзор на заразните и паразитните болести. С цел информиране на населението за актуалната епидемиологична обстановка в страната са изготвени 3 042 седмични справки и бюлетини по проблемите на заразните болести, които своевременно са публикувани на официалните интернет страници на МЗ, РЗИ и НЦЗПБ. Проведени са 37 705 епидемиологични проучвания на регистрирани заразни огнища като своевременно са предприети всички специфични противоепидемични мерки и не е допуснато разпространение на епидемии.

Анализа на данните показва, че е прилаган подходът за извършване на оценка на риска в началото на отчетния период, която е била последвана от правилно планиране на броя на проверките и впоследствие държавния здравен контрол е проведен с най-висока кратност в тези обекти, които са най-рискови и крият опасност за общественото здраве.

Проверки на продукти и стоки със значение за здравето на човека.

През 2017 г. общият брой на извършените проверки на продукти и стоки със значение за здравето на човека от органите на държавния здравен контрол в страната е 95 355 броя спрямо 53 737 броя през 2016 г., включително за наличие на опасни стоки на пазара.

Издадени са 424 разрешения за пускане на пазара на биоциди, 45 здравни сертификата за износ на продукти и стоки със значение за здравето на човека и 31 сертификата и балнеологични оценки за минерална вода от конкретно водовземно съоръжение.

Извършени лабораторни анализи.

През 2017 г. общият брой на извършените лабораторни анализи от органите на държавния здравен контрол на питейни води е 322 963, на води за къпане – 2 095, на минерални води – 9 118, на води в плувни басейни - 53 286, както и собствени измервания на атмосферен въздух 39 313, шум и вибрации – 10 655, електромагнитни полета 19 104 и осветеност, микроклимат, прах и др. – 29 161.

Извършени са 7 893 анализа на козметични продукти, 18 653 анализа на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и 3 316 анализа на химични вещества и смеси.

Извършени са общо 1 210 629 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали, като при 78 458 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания.

Във връзка с наблюдавания през последните години увеличен миграционен натиск в Република България и през 2017 г. продължава засиления държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас.

В регистрационно-приемателните центрове на ДАБ към МС са извършени както следва:

- 332 проверки върху контрол върху битовите условия, санитарно-хигиенното състояние и спазването на здравните изисквания в бежанските центрове от отворен тип, включително здравни кабинети и перални, разкрити в тях и транспортните средства със специално предназначение; здравния статус на лицата, работещи в обектите за производство с храни (хранителен блок/кухня); химичните вещества и смеси (детергенти и биоциди) употребявани в обектите; други продукти със

значение за здравето на човека (козметични продукти и/или санитарно-хигиенни материали, предоставяни на мигрантите като дарение); спазване на забраната за тютюнопушене в закритите части на обектите; качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели;

- 12 543 броя микробиологични, паразитологични и вирусологични изследвания на настанени в центрове лица;
- 936 задължителни имунизации на деца бежанци до 15 годишна възраст.

3.3. Програми, проекти и планове в областта на общественото здраве

- ***Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 г. (2015-2020 г.), приета с Решение № 559 на МС от 31.07.2014 г.***

Със Заповед № РД-02-40/16.02.2015 г. на министъра на здравеопазването е създаден Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания и правила за работа на Съвета. През 2017 г. е извършено силанизиране на първите постоянни молари на деца от 5 до 8 годишна възраст. Във всеки регион в страната бяха проведени срещи-беседи между лекарите по дентална медицина, извършващи силанизирането и родителите и децата, на които ще се извършва силанизирането. На срещите са разяснени процедурата по силанизиране, нейното значение за профилактиката на зъбния кариес, както и правилното поддържане на устната хигиена на децата с цел профилактика. Силанизирани са 45 100 зъба на 13 436 деца.

Във всички региони на страната бяха проведени срещи, семинари и обучения на специалисти от детските заведения и училищата относно повишаване информираността на определени целеви групи от населението за профилактика на оралните заболявания. В 10 областни центрове: гр. Силистра, гр. Разград, гр. Шумен, гр. Пазарджик, гр. Хасково, гр. Ямбол, гр. Плевен, гр. Габрово, гр. Кюстендил, гр. Благоевград, бяха проведени и кръгли маси под ръководството на регионалния координатор по НППОЗД за съответната област, с участници – представители на местната административна власт, РЗИ, РУО, директори на училища и детски градини, учители, възпитатели и други специалисти участващи в отглеждането, възпитанието и обучението на децата, РК на БЗС, изпълнители на силанизирането, родители, медиатори на малцинствени групи, неправителствени пациентски и родителски организация, медии, по проблемите на оралното здраве. Общо в страната бяха проведени 94 семинара и кръгли маси.

В края на месец ноември 2017 г. бе проведен национален форум за отчитане изпълнението на Програмата за 2017 г.

- ***Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г., приоритет „Здравеопазване“***

През 2017 г. с 21 мобилни кабинета за осигуряване на равенство в достъпа до качествени здравни услуги и превантивни програми са извършени общо 13 282 прегледа и изследвания в 17 области на страната (Бургас, Варна, Враца, Добрич, Кюстендил, Монтана, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Разград, Силистра, Сливен, Софийска област, Стара Загора, Търговище, Хасково и Шумен). Проведени са следните профилактични дейности: - с педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 1 799 прегледа, при 189 деца;

- с мобилните мамографски кабинети са извършени общо 1 018 прегледа, при 681 лица са диагностицирани заболявания;
- с мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 549 прегледа, а при 478 лица са диагностицирани заболявания;
- с двата мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1 122 прегледа, при 256 лица са диагностицирани заболявания;
- с мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 055 прегледа а при 859 жени са диагностицирани заболявания;

- с мобилните кабинети обща практика са прегледани 709 деца, от тях 517 имунизации/реимунизирани деца на възраст от 0-18 г. с непълен имунизационен статус съгласно Националния имунизационен календар.;

- с клинична лаборатория са извършени общо 5 750 изследвания, при 340 изследвания са констатирани отклонения от нормата.

Провеждането на прегледите е предшествано или съпътствано от разяснителни кампании за значението на профилактичните прегледи. Проведени са 235 обучения с над 4 70 лица; 15 дискусии със 1230 лица; 230 беседи и лекции, като са обхванати 5100 лица; проведени са 110 разяснителни кампании, в които са обхванати над 5 200 лица;; 242 презентации; раздадени са 15 здравно-информационни материали; проведени са 910 здравно-информационни събития; 75 индивидуални консултации;; реализирани са 25 радио и 82 ТВ предавания; 72 публикации в интернет и 65 в пресата.

Дейностите са реализирани с подкрепата и помощта на медицински специалисти, 215 здравни медиатори и неправителствени организации.

- ***Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г. приета с Решение № 537 от 12.09.2013 г. на Министерския съвет.***

Във връзка с приключилите през 2017 г. дейности по Националната програма бе разработена Стратегия за намаляване риска от радон. С Решение № 55 на Министерския съвет са приети Стратегия за намаляване риска от облъчване от радон 2018-2027 г. и Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018-2022 г. За резултатите, установени при извършеното национално представително проучване, бяха изпратени писма до участниците с което да бъдат информирани за установените стойности на радон в тяхното жилище. Изготвен е отчет за дейностите по Националната програма, който ще бъде представен за одобрение от Министерски съвет и с който ще бъдат оповестени и обобщените резултати от проведените през периода 2013-2017 г. проучвания на нивата на радон в жилищни сгради в цялата страна.

- ***Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ), приета с Решение № 538 от 12.09.2013 г. от Министерския съвет:***

През 2017 г. е актуализиран съставът на НПС на Националната програма за превенция на ХНБ. Актуализирана е и работната програма, като най-съществени промени и допълнения са направени в трети раздел „*Реализиране на дейности, насочени към ранно откриване на водещите ХНБ*“. През отчетния период Министерство на здравеопазването с партньорството на Министерство на образованието и науката, Министерството на младежта и спорта, Министерство на културата и Представителството на Европейската комисия в България финализира Национален ученически конкурс „Посланици на здравето“ за учебната 2016/2017 г. Поредното издание на конкурса се проведе в подкрепа на здравословния начин на живот на младите хора и превенцията на поведенческите рискови фактори за здравето.

Министерство на здравеопазването, съвместно с Националния център по обществено здраве и анализи организираха и проведоха три работни срещи с регионалните координатори на програмата:

- *Национална работна среща, проведена на 27-29 септември в Ловеч, на която са обсъдени текущи проблеми, свързани с дейностите по програмата. Представени са политики, стратегии и добри практики на ЕС в областта на превенцията на факторите на риска за ХНБ.*

▪ *Национална работна среща, проведена на 26-28 октомври в Хисаря, по проблемите на здравословното хранене в организираните детски и ученически колективи, и прилагането на нормативната уредба – част от дейностите на програмата.*

▪ *Национална работна среща, проведена на 10.11.2017 г. в София, на която са обсъдени някои проблеми в хода на развитие на програмата и възможностите за тяхното преодоляване, предложения за изменения и допълнения на работната програма. Представени са резултати от няколко проучвания: „Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца (COSI)“, 2016 г.; Проучване за приема на натрий сред населението в България на възраст 15–75 г., чрез определяне екскрецията на натрий в урината, 2017 г.; Глобално проучване на тютюнопушенето сред младите хора (GYTS).*

През годината са проведени и редица работни срещи на областните програмни съвети по текущи въпроси и дейности на програмата.

През 2017 година в страната са реализирани значителен брой дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите сред деца и ученици, насочени към ограничаване на рисковите фактори, свързани с начина на живот (тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, употреба на алкохол и други); биологичните фактори на риска за хроничните незаразни болести – повишено артериално налягане и затлъстяване; пътнотранспортен травматизъм и други.

Използвани са различни образователни методи и форми на обучение: беседи, лекции, дискусии, тренинги, ТВ и радиопредавания, аудио и видеоклипове, видеопокази, изложби, викторини, тематични дни, празници на здравето, спортни състезания, конкурси, кампании и други:

Извършената дейност сред населението до 19 г., общо по четирите фактора на риска, през годината е изключително голяма. Организирани и проведени са 125 кампании, отбелязани са 129 световни, международни и тематични дни, и празници. Излъчени са: 241 ТВ предавания, 269 радиопредавания, 766 аудио и видеоклипове, видеопокази; публикувани са 289 материала в местни и централни ежедневници, 403 в интернет; организирани са 7 пресконференции с журналисти; изнесени са 792 лекции (с 22806 участници) и 884 беседи (с 25324 участници); 207 дискусии (с 22699 участници); проведени са 156 семинари (с 3619 участници); 99 тренинги (с 2783 участници); 2633 индивидуални и групови обучения. Проведени са 9 проучвания (с 2380 участници). Тиражирани и разпространени са 920 здравнообразователни материала, с тираж 37241, разнообразни по съдържание, касаещи различни възрастови групи (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.)

Извършената дейност сред населението над 20 г., по четирите фактора на риска през годината, също е значителна. Организирани и проведени са 95 кампании, посветени на контрола на хроничните незаразни болести и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението, отбелязани са 95 тематични, световни и международни дни, и празници. Излъчени са: 139 ТВ предавания, 138 радиопредавания, 99 видеоклипове и видеопокази; публикувани са 203 материала в местни и централни ежедневници, в интернет 303; организирани са 2 пресконференции с журналисти; изнесени са 233 лекции (с 5836 участници) и 229 беседи (с 7067 участници); проведени са 136 семинари (с 4297 участници), 134 дискусии (с 3029 участници), 1 тренинг (с 9 участници); извършени са 3558 индивидуални и групови обучения. Проведени са 6 проучвания (с 956 участници). Тиражирани и разпространени са 55 здравнообразователни материала, с тираж 64273 (информационни бюлетини, методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.).

Дейностите, свързани с изграждането на капацитет и умения за консултиране и подкрепа у *медицинските специалисти*, се развиват постоянно в рамките на програмата. През годината са проведени 3 обучителни курса и 15 семинара с 175 участници и 33 индивидуални обучения и консултации за разпространението на хроничните болести,

факторите на риска за тях, развиването на умения за прилагане на добра профилактична и терапевтична практика и др. За изграждане на капацитета на *медицинските специалисти от детските заведения и училищата* в областта на промоцията на здраве и превенцията на ХНБ са проведени 7 обучителни курса и 116 семинара, с общо 3468 медицински специалисти. Извършени са 805 индивидуални обучения и консултации. Повишаването на капацитета на *специалистите от РЗИ* е насочено в областта на поведенческите фактори на риска и методите за оценката на резултатите от дейностите по програмата. През годината са проведени над 176 индивидуални обучения и консултации, 22 семинари и курсове с 330 специалисти. Недостатъчните средства не позволяват обучението в рамките на програмата да бъде ритмично през годината и с достатъчна продължителност. За повишаване знанията на немедицинските специалисти и партньори по програмата са проведени 59 обучителни курса и семинара с 1006 участници и 565 индивидуални обучения и консултации

В реализирането на голяма част от дейностите за повишаване на знанията и изграждане на поведение за здравословен начин на живот на населението участват *различни структури на здравната система (МБАЛ, МЦ, ДКЦ, ПИМП, СИМП, диспансери и др.)*, което създава добра възможност за интегриран подход към здравнообразователната и терапевтична дейност – дейности, насочени към профилактиката и лечението на сърдечносъдовите и онкологични заболявания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета, популяризирането на здравословното хранене и др. В рамките на тези мероприятия са извършени безплатни измервания на артериално налягане, тегло и ръст, кръвна захар, костна плътност и др., както и обучение на високорискови групи от населението – лица, прекарвали инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт, хипертоници, диабетици и др. В здравнообразователните дейности, включително и в организираните медийни изяви (пресконференции, радио и телевизионни предавания, интервюта, репортажи, публикации в пресата и др.), участват общопрактикуващи лекари, кардиолози, ендокринолози, онколози, акушер-гинеколози, пулмолози, ревматолози, невролози и др. Активно участват и медицинските специалисти от детските и учебни заведения.

От изключително значение за развитието на програмата е и доброто сътрудничество и подкрепа на *местната законодателна и изпълнителна власт* (Общински съвет и Община), които в повечето области активно участват в дейностите по програмата, касаещи общността като цяло и отделни проблеми; *множеството партньори на програмата*: дружества, съюзи, клубове, младежки домове, полиция, търговци, производители и др. Добра инициатива на МЗ и НЦОЗА е провеждането ежегодно на Национална среща с бизнес операторите на храни за промоция на реформулирането на храните, с цел намаляване съдържанието на сол, мазнини, наситени мастни киселини, транс-мастни киселини, добавена захар и повишаване наличността им на пазара.

Стабилни партньори на екипите на програмата са местните *средства за масова информация*. Заедно с екипите от РЗИ те работят активно за организиране на кампаниите, световните и тематичните дни и други инициативи. Съвместно с тях са реализирани и отразени различни изяви и мероприятия - пресконференции, интервюта, репортажи, радиоигри с награди, блиц-анкети с граждани и др. Продължава да се развива партньорството с *неправителствените организации*, както и с представители на сдружения, съюзи (на инвалидите, диабетиците, слепите и др.), производители на храни, туристически дружества, ученически клубове и др.

През 2017 г. е актуализирана Наредба №23 за физиологични норми за хранене на населението в България (предстои публикуване в ДВ). Междуведомствена работна група, създадена със Заповед № РД-02-138 от 01.09.2017 г. на министъра на здравеопазването, разработи предложения за промени в нормативните актове, засягащи регулацията на употреба на растителни смеси за пушене с наргиле от непълнолетни лица и тяхното

разпространение. Изготвен е доклад с предложения за промени в Закона за здравето, Закона за тютюна, Закона за закрила на детето, Закона за акциза и данъчните складове.

През 2017 г. са извършени редица проучвания и анализи на здравно-демографското състояние на населението по области. В рамките на различни кампании и инициативи са извършени анализи на факторите на риска за възникване на хронични незаразни болести (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност), а също и анализи от проведени измервания на кръвно налягане; функционални измервания на дишането (спирометрии), включително и на количеството на въглероден окис в издишан въздух; тегло; ръст; кръвна захар; костна плътност, изследвания за рак на гърдата и други. Общо през годината са проведени 15 проучвания с 3336 обхванати лица.

В НЦОЗА е изготвен анализ във връзка с Европейската инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца, който е публикуван; проведено е валидизационно проучване и анализ на приема на натрий сред населението в България на възраст 15-75 г. чрез определяне екскрецията на натрий в порция 24-часова урина, 2017 г., а също и на зависимостта между кърмене, социален статус, демографски характеристики и ВМІ за лица на възраст 1-6 г. и други. Разработена и публикувана е Стратегия за редукия на солта; Проведена е национална работна среща по реформулиране на храните с представителите на МЗ, МЗХ, БАБХ, браншови асоциации от хранителната индустрия и производителите на храни.

МЗ и областните администрации за информиране и предприемане на съответни мерки.

По отношение на дейностите, насочени към *ранното откриване на водещите ХНБ*, през 2017 г. са изпратени поименни покани до 6 000 души от определените за провеждане профилактични прегледи и ранна диагностика на три социално значими онкологични заболявания целеви групи. За извършване на профилактични прегледи и изследвания във връзка с трите посочени заболявания са изпратени 6000 писмени покани до лицата, включени в извадката. Прегледани/изследвани са: 267 лица (13.3%) за скрининг на *рака на шийката на матката*; 411 лица (20.3%) за *рак на млечната жлеза* и 268 лица (13.4%) за *рак на дебелото черво*. Прегледите и изследванията са извършени в 75 лечебни заведения от страната.

- ***Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017 г. - 2020 г. (РМШ), приета от Министерски съвет с Протоколно Решение № 1 от 05.01.2017 г.:***

Стратегическата цел на програмата е чрез осигуряване на имунизационна защита на момичета от основните целеви групи (12 и 13 г.) да се постигне намаляване на заболеваемостта и смъртността от РМШ в страната.

През 2017 г. по изпълнение на Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка са реализирани следните дейности:

1. В 19 области на страната са проведени срещи с родители в училища, на които са разяснявани ползите от имунизацията срещу РМШ, безопасността на ваксините и риска от заразяване с Човешки папилома вирус (ЧПВ), предоставяни са брошури и други информационни материали, образователни филми, презентации. Изготвяни са уведомителни писма, предназначени за родители на момичета от целевата група на програмата за повишаване информираността им относно ваксините и за мотивиране на избора им за предпазване на децата им от заболяване чрез ваксиниране.

2. В 13 области на страната са организирани срещи с лични лекари, на които е предоставена информация за профила на безопасност на ваксините срещу РМШ, променената схема на приложение на ваксините, в съответствие с промените в кратките характеристики на продуктите от 2014 г., а също така брошури, информационни писма и образователни филми. В хода на текущия контрол по имунопрофилактика е оказвана

методична помощ на личните лекари по отношение схемата на прилагане на ваксините срещу РМШ и подлежащите лица, уточнявани са впечатления, проблеми и нагласи при извършване на имунизациите.

3. В 13 области са организирани и осъществени разяснителни срещи и курсове с директори, учители и медицински специалисти от учебни заведения, на които са предоставени брошури, дигитални и писма до родителите относно имунизацията срещу РМШ на момичета на 12-13 г. Провеждани са срещи и с представители на РУО и кметове за съдействие при изпълнение на заложените в Националната програма дейности.

4. В 9 области на страната са проведени срещи и обучения на здравни медиатори, свързани с дейностите на Националната програма; ползите от имунизацията срещу РМШ, странични реакции и приложение.

5. В 4 области на страната със съдействието на здравни медиатори са осъществени беседи с майки и девойки от труднодостъпни групи от населението за разясняване на начина на заразяване, начините за предпазване и значението на имунизацията срещу РМШ.

6. В област София-град е реализирано социологическо изследване на поведението и отношението на възрастно ромско население (71 лица) към профилактиката на РМШ. Резултатите сочат, че 2/3 от запитваните са здравно осигурени и почти всички са посетили АГ-специалист през последната година. 2/3 от запитаните също така са на мнение, че първото раждане трябва да е след 18 г. възраст, но не ползват методи за предпазване от бременност и сексуално-предавани инфекции (СПИ), както и не са разговаряли с дъщерите си по темата. 46,5% от участвалите в проучването биха имунизирали децата си, но също така 50,7% не биха.

7. В 9 области са проведени обучителни семинари относно различни аспекти от профилактиката и заболяването, предоставяни са информационни и обучителни материали.

8. Проведено е анкетно проучване сред родители в област Бургас, от което е установено следното: 40% от родителите не знаят че ЧПВ е заразен; 60% от родителите считат, че могат да се защитят чрез ваксинация, 25% - чрез използване на презервативи, 10% - чрез ограничаване на сексуалните контакти, 5% - чрез спиране на пушенето. Голяма част от родителите не са наясно, че основната причина за появата на РМШ е продължителна инфекция с онкогенен тип ЧПВ, като смятат, че причината е неизвестна (30%) или наследствена (5%). 90% разбират, че най-ефективното профилактично средство е имунизацията срещу РМШ и знаят, че могат да имунизират дъщеря си, но 40% все още настояват, че ваксинацията крие риск от заразяване с HPV.

9. В 12 области в страната е проведена информационна кампания, поместени са информационни материали на сайтовете на РЗИ, проведени са интервюта, радиопредавания.

По данни на Националния център по общественото здраве и анализи през 2017 г. са приложени 5 275 дози ваксина срещу рак на маточната шийка (РМШ). С два приема ваксина са обхванати съответно 1 707 момичета на 12 г. и 453 момичета на 13 г. С най-голям брой приложени дози са области София град (1540), Стара Загора (353), Добрич (339), Бургас (333) и Плевен (318). Заплатените от МЗ средства за осигуряване на ваксини са 493 297,10 лв.

За поредна година в Народното събрание на Република България е проведена годишна среща по повод откриване на Европейската седмица за борба с рака на маточната шийка.

- ***Национална програма за профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората в Република България, 2014-2018 г., приета с Решение № 173/28.03.2014 г. на МС***

През 2017 г. със Заповед на министъра на здравеопазването е актуализиран състава на Националния координационен съвет за управление на националната програма. Изготвена е план-сметка и възлагателна заповед за обезпечаване на финансови средства за извършване на лабораторна диагностика в НЦЗПБ. С цел осигуряване на навременна диагностика на Лаймска болест са осигурени диагностични тестове за референтната лаборатория и лаборатории в РЗИ. Осигурена е не само серологична диагностика, но и молекулярно-биологична чрез доказване на генома на причинителя.

Предоставени са на РЗИ актуализираните препоръки на СЗО за провеждане на профилактични и противоепидемични мерки за недопускане местно разпространение на малария и др. тропически паразитози, химиопрофилактика и лечение на резистентна и усложнена малария. Във връзка с летния сезон и увеличеният трафик на хора и товари са разпоредени мерки за засилване на епидемиологичния надзор на случаите при хора развили инфекции на ЦНС след ухапване от комари и при симптоми на вирусен менингит/менингоенцефалит.

През 2017 г. в НЦЗПБ с финансови средства по програмата са извършени следните изследвания: за Кримска Конго хеморагична треска 30 проби, от тях са установени 4 положителни; за Хеморагична треска с бъбречен синдром 58 проби, от тях са установени 10 положителни; за Кърлежов енцефалит серумни 15 проби, от тях са установени 2 положителни; за Зика 14 проби, от тях няма установени положителни; за Денга 6 проби, от тях няма установени положителни. За Лаймска борелиоза са изследвани общо 2900 проби. Изследвани са 1835 кърлежи за заразеност с *Borrelia burgdorferi*, от тях 422 са положителни. По отношение на Западнонилската треска (ЗНТ) в НЦЗПБ е осигурена надеждна серологична и молекулярно-вирусологична диагностика с помощта на методите ELISA, ИФТ, RT-PCR и realtime PCR. Целта е бързо и точно идентифициране на случаи на ЗНТ у нас с цел своевременно набелязване на епидемиологични мерки и контрол на риска от заболявания. Изследват се болни с неясни фебрилни състояния и насочено изследване на болни с менинго-енцефалити. Това позволи да бъдат диагностицирани официално регистрираните вероятни и потвърдени случаи на ЗНТ в България. Допълнително със серумни проби от всички области на страната е направено първото национално сероепидемиологично проучване върху разпространението на ЗНТ. Серумни проби от общо 1451 жители от всички 28 области в България, са тествани за ИгГ антитела срещу вируса на ЗНТ. Специфични ИгГ антитела са открити при 22 (1,5%) души, тествани с ELISA. При две от 22 ИгГ-позитивни проби са намерени и ИгМ антитела (остра инфекция). Областите София окръг и Видин са с най-висока серопревалентност - съответно 10% и 7.5%, следвани от областите Русе и Силистра - по 6%, Враца с 4%, Плевен, Добрич, Кюстендил, Пловдив, Смолян, Ямбол с по 2%. Направено е пълно картиране на страната, отразяващо степента на риска от заболяване. От областите с повишен риск се събират комари от род *Culex*. Предстои в най-скоро време тяхното изследване за заразеност с вируса на ЗНТ чрез генетични техники.

През 2017 г. продължи сероепидемиологичното проучване по отношение на висцералната лайшманиоза на жители на общините Първомай (обл. Пловдив) и Петрич (обл. Благоевград), които през последните години се очертават като постоянно активни огнища на трансмисия на заболяването. В РЗИ-Пловдив са изследвани 115 серума, пет от които са с положителен резултат, изследването е проведено с ELISA, доказан е един положителен резултат с бърз имунохроматографски тест и Western blot. Изследваните лица са без клинична симптоматика. С оглед публикации в медиите за случаи на кожна лайшманиоза сред обитателите на РПЦ - Харманли и съгласно Заповед № РД-01-386/18.11.2016 г. на Министерство на здравеопазването, специалист паразитолог от НЦЗПБ осъществи клинични прегледи и лабораторни изследвания в НЦЗПБ на материали от кожни лезии на 133 лица, обитаващи центъра, като случаи на заболяване не бяха установени.

В РЗИ Хасково, РЗИ Сливен, СРЗИ и НЦЗПБ са изследвани за малария 1158 български и чужди граждани по епидемиологични показания. В Хасково изследваният контингент (360 лица) са бежанци, настанени в Транзитен център с. Пъстрогор, Хасковска област и РПЦ гр. Харманли, в Сливен са изследвани 144 лица, обитаващи РПЦ – Баня, а от страна на СРЗИ са изследвани 567 лица, настанени в РПЦ – Овча купел, Враждебна и Военна рампа. В НЦЗПБ са изследвани по обръщаемост 101 лица и е извършвана потвърдителна диагностика. През 2017 г. са регистрирани 8 случая на малария (4 българи и 4 чужденци, от които един бежанец). По вид, шест от случаите са на тропическа малария с причинител *P. falciparum*, един случай на малария терциана с причинител *P. vivax* (при бежанец, диагностициран в РЗИ – Хасково) и един случай с малария квартана с причинител *P. malariae*.

През 2017 г. в НЦЗПБ е използван и PCR-метод за видово диагностициране на малария при кръвен донор, чужденец, студент в Русе с много ниска паразитемия установена при морфопаразитологично изследване на кръвни капки и натривки. През месеците август, септември и октомври е извършен надзор за наличието на тигров комар на територията на страната. Извършени са проучвания по разпространението му в 18 области на страната (Благоевград, Бургас, Варна, Велико Търново, Видин, Враца, Добрич, Кърджали, Монтана, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Русе, Силистра, Сливен, Стара Загора, Хасково и Ямбол) – проследявано е наличието на яйца и ларви на тигров комар в ловилки тип „овитрак“. В изпълнение на Националната програма и за подобряване контрола на векторно преносими паразитни заболявания на РЗИ Варна, Бургас, Хасково и СРЗИ са предоставени бързи имунохроматографски тестове за детекция на маларийни антигени, а на РЗИ Благоевград, Пловдив, Хасково и СРЗИ са предоставени бързи имунохроматографски и ELISA тестове за диагностика на висцерална лайшманиоза, закупени със средства по програмата.

През 2017 г. своевременно са предприети необходимите мерки за намаляване числеността на векторите в населените места и прогресивно намаляване броя на ухапаните лица от кърлежи и комари. Изготвени са предписания от РЗИ до общините с посочени срокове за ДДД обработки в детските заведения, училищата, общинските паркови и междублокови пространства. Наблюдение и контрол на ДДД мероприятията в РПЦ на ДАБ към МС. Осъществен е контрол от страна на регионалните здравни инспекции върху качеството и ефективността на извършваните от общинските власти дезинсекционни мероприятия през летния сезон. В рамките на държавния здравен контрол са извършвани проверки по регистрацията и съобщаването на векторно-предаваните трансмисивни инфекции при хората. На интернет страниците на РЗИ са публикувани здравно-просветни материали за кърлежово-преносимите инфекции /клиника, диагностика, лечение, предпазване от заразяване/.

- ***Национален план на Р. България за готовност за грипна пандемия, безсрочен, приет с ПМС № 5 от 13.01.2006 г.***

През 2017 г. е изготвена план-сметка за обезпечаване на разходите и възлагателна заповед за извършване на дейности по лабораторна диагностика - идентификация на новоизолираните щамове на грипни вируси през грипен сезон 2017 г./2018г. от Националната референтна лаборатория „Грип и остри респираторни заболявания“ към НЦЗПБ.

- ***През 2017 г. с Решение № 8 от 06 януари 2017 г. на МС, бе приета Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България, 2017 г.-2021 г.***

В изпълнение на работния план на програмата през отчетния период е изготвена възлагателна заповед за извършване на лабораторна диагностика в НЦЗПБ. Със заповед на министъра е сформиран Национален координационен съвет (НКС).

По данни на НЦОЗА, през 2017 г. в страната са приложени 28 509 безплатни ваксини срещу ротавирусни гастроентерити (РГЕ) на лица от целевата група от програмата:

- ***Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария***

Цел на програмата е да допринесе за намаляване на новите случаи на инфектиране с ХИВ/СПИН и подобряване качеството на живот на хората, живеещи с ХИВ/СПИН в България. За увеличаване обхвата на най-рисковите групи от населението (лица, инжекционно употребяващи наркотици, маргинализирани етнически общности, предлагащи сексуални услуги мъже и жени, мигранти и мобилно население, деца и млади хора в риск и др.) и превенция на ХИВ, през 2017 г. са изпълнени дейности превенция на ХИВ/СПИН сред групите мъже, които правят секс с мъже (МСМ), инжекционно употребяващи наркотици (ИУН) и предлагащи сексуални услуги жени и мъже (ПСУ) чрез активна работа с 28 РЗИ, 15 НПО, 14 здравно-социални центъра, 14 кабинета за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ, 5 сектора за лечение на ХИВ/СПИН и 17 мобилни кабинета.

- ***Националната програма за изпълнение на плана за действие на националната стратегия за борба с наркотиците (2014-2018г.)*** е финансирана за 2017 г. с 172 508, 68 лева. Средствата са изразходвани за превантивни дейности, осигуряване на 14 безплатни места за настаняване в програми за психосоциална рехабилитация („терапевтична общност“), 21 места в резиденциални програми, 1 място в нерезиденциален център за психосоциална рехабилитация и социологични проучвания в областта на наркотиците.

През 2017 г. са осъществени общо 274 превантивни кампании, насочени към утвърждаване на здравословен начин на живот и превенция на употреба на психоактивни вещества сред младите хора. Кампаниите са реализирани от екипите на ОбСНВ и ПИЦ в 27 града в страната. Обхванати са 114 669 лица (за сравнение: през 2016 г. обхванатите лица са 130 000, а през 2015 г. – 85 080).

Основният източник на финансиране на превантивните кампании през 2017 г. са общините, следвани от Министерство на здравеопазването, основно чрез Националната стратегия за борба с наркотиците и от Програма за превенция на ХИВ/СПИН. Общата стойност за реализираните превантивни кампании през 2017 г. е 186 308 лв.

- ***Програма „Подобряване на устойчивостта на Националната програма по туберкулоза“***

Основните дейности по програмата са консултиране и изследване на случаите, съмнителни за туберкулоза сред високорисковите групи, оказване на подкрепа за започване и придържане към лечение, разкриване на здравни центрове за подпомагане работата по превенция и контрол на туберкулозата. В период на доклада са изпълнени дейности по 4 основни модула: грижа и лечение на пациенти с туберкулоза, лечение на мултирезистентна туберкулоза, коинфекция ХИВ/туберкулоза, информационна система и мониторинг и оценка. Работи се с 28 областни лечебни заведения (56 патронажни сестри), 28 областни координатори и 25 неправителствени организации.

3.4. Изпълнение на имунизационния календар

През 2017 г. е прието изменение в Наредба № 15 от 12 май 2005 г. за имунизациите в Република България. Една от промените е отпадането на реимунизацията срещу туберкулоза при деца на 17 годишна възраст, респ. и извършването на проба Манту.

Друга промяна е въведена в системата за надзор на нежеланите реакции след ваксинация (НРВ), според която отпада участието на НЦЗПБ в надзора и анализа на НРВ, а РЗИ има допълващо участие при проучването на сериозни нежелани реакции.

През последните години на национално ниво се наблюдава тенденция на отчитане на по-нисък имунизационен обхват при първична имунизация и при реимунизация с ваксини срещу морбили, паротит, рубеола, полиомиелит, дифтерия, тетанус и коклюш – Табл. 38.

Таблица 38. Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) на децата със завършена първична имунизация в България през 2012-2017 г.

Имунизация срещу	Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) през периода 2012-2017 г.					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Туберкулоза (новородени)	63 231 (97,0)	61 628 (97,2)	62 844 (96,7)	59 970 (95,8)	60 279 (96,2)	58 593 (96,2)
Вирусен хепатит тип Б	61 827 (95,4)	59 708 (95,2)	57 159 (95,0)	49 756 (91,6)	60 307 (91,1)	57 801 (91,9)
Дифтерия, тетанус, коклюш	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)	59 271 (92,1)	58 779 (92,3)
Полиомиелит	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)	59 271 (92,1)	58 779 (92,3)
Хемофилус инфлуенце тип б	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	48 845 (82,7)	55 711 (87,1)	58 824 (92,1)	58 677 (92,3)
Пневмококови инфекции	59 727 (93,5)	57 691 (93,7)	53 875 (91,7)	55 004 (90,4)	54 423 (90,3)	54 760 (91,3)
МПР (на 13 месеца)	63 358 (93,7)	61 477 (95,1)	57 167 (93,2)	56 806 (91,5)	56 935 (92,1)	59 377 (93,8)
(на 12 години)	63 535 (94,0)	59 578 (93,5)	54 889 (88,6)	56 932 (86,9)	57 572 (88,3)	61 739 (91,6)

Източник: НЦЗПБ, Анализ на имунизациите през 2017 г.

Имунизационният обхват на **новородените с ВСГ ваксина (96,2%)** през 2017 г. се запазва над 95%.

Имунизациите срещу **дифтерия, тетанус и коклюш** на децата до 1-годишна възраст са извършвани с четири-, пет- и шесткомпонентни ваксини, съдържащи дифтериен и тетаничен токсиди и ацелуларна коклюшна ваксина. От обобщените за годината данни 63 696 деца са подлежали на имунизация с трети прием от посочените ваксини, а 58 779 деца са имунизирани. Имунизационният обхват с трети прием ваксини срещу дифтерия, тетанус и коклюш е 92,3 %.

През годината имунизацията срещу **полиомиелит** е извършвана с комбинирани четири-, пет- и шествалентни ваксини (ДТКаПи, ДТКаПиХИБ и ДТКаПиХИБХепБ), съдържащи инактивирана полиомиелитна ваксина.

Обхватът с три дози ваксина срещу **полиомиелит** е 92,3%. Обхватът с първична имунизация срещу полиомиелит е по-висок в сравнение с предходните три години, но е незадоволителен, в сравнение с нивата, постигнати през предходните години (таблица 5). Получените резултати налагат да се реагира своевременно, защото изпълнението на имунизационната програма срещу полиомиелит представлява един от основните елементи на Националния план за запазване на страната свободна от полиомиелит, а в условията на прилагане на инактивирана ваксина, която осигурява само индивидуална защита, единствено постоянно поддържаният висок имунизационен обхват може да гарантира успеха на Националния план.

Имунизациите срещу хепатит Б през 2017 г. са извършени с две ваксини:

1. Моноваксина срещу хепатит Б (за 1-ви прием в родилния дом при всички новородени, и при част от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца за 2-ри и 3-ти прием по утвърдената схема за прилагане на моноваксината) и
2. Комбинирана ваксина ДТКаХепБПиХИБ, с приеми според имунизационния календар на страната като първият прием от тази ваксина се прилага от 2-месечна възраст.

През първите 24 часа след раждането имунизациите срещу хепатит Б (1-ви прием) са извършвани с моновалентна хепатит Б ваксина, независимо от това с какъв тип ваксина се продължава имунизационната схема.

Със завършена имунизационна схема през 2017 г. са средно 91,9% от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца като третият прием е изпълнен или с моноваксина срещу хепатит Б, или с шесткомпонентна ваксина.

Имунизационният обхват – 93,8% за първи прием (МПР1) и 91,6% за втори прием (МПР2) ваксина морбили-паротит-рубеола (МПР) през 2017 г. е под изискванията за поне 95% ваксинално покритие, достигането на което би гарантирало прекъсване разпространението на дивите вируси на морбили и рубеола в обществото. Анализът на данните за извършените имунизации с триваксина в страната за шестгодишен период показва незадоволително ниво на имунизационен обхват с МПР1 и МПР2 за целия период, с изключение на 2013 г., когато относителният дял на обхванатите с МПР1 подлежащи е 95,1%. Тези резултати показват, че към момента в страната съществува реален риск от епидемично разпространение на морбили и рубеола, което затруднява достигането на целта за елиминация на тези две заболявания.

През 2017 г. имунизационният обхват с три дози **пневмококова конюгирана ваксина** се увеличава в сравнение с обхванатите с три дози през 2016 г. - съответно 91,3% и 90,3%. Увеличава се броят на реимунизираните деца - 51 959 от 56 573 подлежащи (91,8%), докато през 2016 г. са реимунизирани 51 351 от 57 617 подлежащи (89,1%).

Задължителната имунизация срещу **Хемофилус инфлуенце тип б (ХИБ)** през 2017 г. се извършва с пет - и шесткомпонентни ваксини (ДТКаПиХИБ и ДТКаХепБПиХИБ). Имунизационният обхват с три дози ХИБ ваксина се запазва нисък – през 2017 г. са обхванати 58 677 от 63 588 подлежащи деца (92,3%).

Имунизациите със задължителни ваксини през 2017 г. са изпълнени с имунизационен обхват под 95%, с изключение на първичната имунизация срещу туберкулоза. Причините за по-нисък имунизационен обхват със задължителни имунизации в детска възраст са предимно от немедицински характер (административни и поведенчески) и поотделно или в комплекс изброените причини затрудняват издирването и/или обхващането на подлежащите на имунизация лица, особено в рисковите групи от населението.

През 2017 г. в изпълнение на чл. 82, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето за обхващане със задължителни и целеви имунизации и реимунизации на подлежащите български граждани Министерство на здравеопазването е закупило ваксини на обща стойност 43 587 649,19 лв., с което е обезпечено изпълнението на Националния имунизационен календар. Към осигурените количества ваксини е включен 30 % резерв на ваксините за основна имунизация по препоръка на Световната здравна организация с цел намаляване рисковете от непредвидими обстоятелства като увеличаване на раждаемостта, невъзможност за изпълнение на договорите за доставки поради производствени проблем и др.

Всички договорени количества са доставени в срок, поради което в страната не е регистриран недостиг от даден вид ваксина.

Получените дози ваксини бяха раздадени на Регионалните здравни инспекции веднага след тяхното получаване в склада на МЗ, при спазване на изискванията на

хладилната верига. Постигнатия имунизационен обхват с основните имунизации е както следва:

Таблица 39. Постигнат имунизационен обхват

Задължителни имунизации		
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА		
имунизирани новородени		96,2
% на обхванатите		
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС И КОКЛЮШ		
получили трети прием		92,3
% на обхванатите		
Срещу ПОЛИОМИЕЛИТ		
получили трети прием		92,3
% на обхванатите		
Срещу ХЕМОФИЛУС ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б		
получили трети прием		92,3
% на обхванатите		
Срещу ХЕПАТИТ Б		
имунизирани новородени, получили трети прием		91,9
% на обхванатите		
Срещу МОРБИЛИ, ПАРОТИТ И РУБЕОЛА		
имунизирани на 13 месеца		93,8
% на обхванатите		
Срещу ПНЕВМОКОКОВИ ИНФЕКЦИИ		
с конюгирана ваксина		
получили трети прием		91,3
% на обхванатите		

4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА СТРАТЕГИЯТА

Здравната политика на Европейския съюз (ЕС) допълва националните политики на държавите-членки, като конкретните действия биват общи за целия ЕС законодателство и стандарти за здравните продукти и услуги, обмяна на опит и добри практики, както и финансиране на проекти в областта на здравеопазването чрез здравната програма на ЕС. **Здравната стратегия на ЕС** е насочена към профилактика; равни възможности за добро здраве; борба със сериозни заплахи за здравето; запазване на доброто здраве на хората и подпомагане на развитието на динамични здравни системи и нови технологии.

Министерство на здравеопазването подкрепи приоритетите на малтийското и естонското председателства на Съвета на министрите на ЕС по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси, формат „Здравеопазване Съвета на ЕС и съдействаше за тяхното изпълнение чрез участието на български делегации на високо равнище в две неформални и две формални заседания на Съвета на министрите по здравеопазване, на експерти в работни групи и комитети към Съвета и Европейската

комисия и изпълнение на ангажиментите на страната в сферата на здравеопазването. Това допринесе както за развитие на националната здравна политика в отделните сектори, така и за задълбочаване на конструктивния диалог между държавите-членки на ЕС по актуални въпроси.

В рамките на 2017 г. бе изготвен план за действие по време на Българското председателство на Съвета на ЕС за 2018 г. по **два водещи политически приоритета**:

Първият приоритет **„Здравословно хранене при децата“** е свързан с въпроса за отражението на храните и съставките в тях върху здравето, върху физическото и психическото развитие на децата. Връзката хранене – качество на храните - хронични болести има централно място в тази дискусия. Производството следва да се ориентира спрямо потребностите от здравословни храни: а не потреблението да следва предлагането.

Вторият приоритет - **ефективност и достъпност на иновативни лекарствени продукти**, е тема, по която трудно може да се постигне консенсус, но заема важно място в здравната политика на всяка страна. Все повече здравни министри са изправени пред дилема, когато на пазара се появи „иновативен“ продукт, да приемат да платят висока цена за лечение с неясна добавена стойност или да продължат да инвестират в наличните терапевтични алтернативи. Още по-труден е изборът между интересите на различните групи пациенти, защото осигуряването на иновативна терапия за ограничен кръг пациенти понякога означава лишаването от средства за лечение на голям брой други пациенти.

През 2017 г. участието на Република България в дейността на Съвета на Европа (СЕ) в областта на здравеопазването имаше за цел рационално използване на европейския опит и постигане на баланс между дейностите, включени в Програмата на СЕ за 2017 г. и здравните политики на правителството.

В Министерство на здравеопазването регулярно постъпваха въпросници от Комитета по правата на човека към ООН, отговорите по които са свързани с ангажимента на страната да представя периодични доклади по изпълнението на задълженията, произтичащи от Международния пакт по граждански и политически права. Съобразно компетенциите си Министерство на здравеопазването представи необходимата актуална информация за 2017 г. по ключови въпроси, вкл. допълнителна статистика, съдебна практика и други подходящи данни.

При залагане на стратегическите си цели и за решаване на възникнали здравни предизвикателства, ЕС работи в тясно сътрудничество с партньори като СЗО. Българска делегация взе участие в 70-та Световна здравна асамблея, като основен акцент бе поставен върху водещата роля на СЗО - политиките на организацията по отношение на подобряване на здравните грижи чрез научни изследвания, помощ за развитие, по-широк достъп до лекарствени продукти и т.н. През 2017 г. България започна работа по изготвяне на проект на Двугодишно споразумение за сътрудничество между Министерство на здравеопазването на Република България и Регионалния офис за Европа на Световната здравна организация (СЗО) за 2018-2019 г. В проекта бяха заложили следните приоритетни категории на общественото здраве: заразни болести; незаразни болести; промоция на здраве през целия жизнен цикъл; здравни системи; подготовка, наблюдение и отговор. Фокусът е поставен върху стратегическите приоритети на СЗО по пътя на трансформацията ѝ към разумни инвестиции в най-неотложните здравни предизвикателства и осигуряване на достъп до здравеопазване на всички нуждаещи се. Стандартите на СЗО оказват пряко влияние върху развитието на здравните политики на глобално, регионално и национално равнище, вкл. върху политиките в областта на здравеопазването в България.

През 2017 г. Министерство на здравеопазването надгради дългогодишното ползотворно партньорство с УНИЦЕФ в областта на деинституционализацията на децата и ранното детско развитие. Зачитане на правата на детето е основен ръководен принцип при планирането, реализирането и контрола на услугите за деца в системата на здравеопазването. Осигуряването на равен достъп до качествено здравеопазване на всички

деца без дискриминация е на първо място. Подходящи интегрирани услуги за деца със специални нужди, както и отчитане на най-добрите възможности се взема предвид при вземането на всички решения за здравето на децата. Това са други изключително важни елементи в процеса на реализиране на политиката за децата, която е ключов приоритет на Министерство на здравеопазването.

България е участвала в редица международни и европейски форуми по проблемите на здравето през периода. Експерти на ведомството имаха възможност за обмяна на опит и добри практики, които бяха споделени на национално ниво.

Двустранното сътрудничество в областта на здравеопазването допринесе за развитие на здравните политики чрез въвеждане и адаптиране на добри практики, насочени към постигане на целите на Националната здравна стратегия 2020.

През втората половина на 2017 г. България пое ротационното председателство на Здравната мрежа на Югоизточна Европа (ЗМЮИЕ). На 23 и 24 ноември 2017 г. се проведе редовната 39-та Конференция на ЗМЮИЕ. Тема на конференцията беше „Промотиране на здравето сред децата и младежите в Югоизточна Европа“. Регионалното сътрудничество по линия на ЗМЮИЕ е платформа за конструктивни дебати по теми са от изключителна значимост за развитието на здравните политики на държавите от региона.

5. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2017 Г.

Отчет за изпълнението на Националната здравна стратегия 2020

Национална здравна стратегия 2020 е приета с Решение на 43-то Народно събрание на 17 декември 2015 г. и е основополагащият документ за формиране на устойчива и дългосрочна здравна политика.

Тя развива основните приоритети за устойчиво подобряване на системата на здравеопазване и желаните здравни ефекти, заложи в Концепция „Цели за здраве 2020“, приета от Министерски съвет на Република България на 18 февруари 2015 г.

Национална здравна стратегия 2020 обхваща комплекс от политики за постигане на националните здравни цели, като същевременно създава условия за постигане на общите цели за устойчиво развитие на страната, заложи в Националната програма за развитие „България 2020“ и другите национални стратегически и програмни документи.

Тя е основана на разбирането за междусекторното сътрудничество и интегриране на политиките за здраве във всички области на социално-икономическия живот за постигане на очакваните резултати за опазване и повишаване здравето на нацията.

Основното послание на стратегията е, че здравето е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е основен ресурс за човешко и социално развитие. Политиките за опазване и подобряване на здравето са насочени към генериране на дългосрочен икономически растеж на национално и регионално ниво, както и към осигуряването на ефективно действие на защитните механизми на публичния сектор по отношение на социалното включване и борбата с бедността. Това предполага трансформиране на обществените представи и нагласи към здравеопазването от подвластен медицински и поглъщач пари сектор, в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

Визия

През 2020 г. България да е държава, гарантираща на своите граждани здравно благополучие, високо качество на живот и намаляване на здравните неравенства чрез всеобхватна, справедлива, устойчива и осигуряваща високо качество здравна система.

Визията за развитие на здравеопазването в България, формулирана в стратегията е израз на стремежа българската здравна система да достигне нивото на здравните системи на страните от ЕС по отношение на ключовите фактори за устойчиво развитие.

Според Националната здравна стратегия 2020 основните предизвикателства са свързани с влошените показатели за здравно-демографското състояние на населението, наличието на здравни неравенства и необходимостта националната здравна система да отговори по адекватен начин на потребностите от достъпни и качествени здравни услуги.

Въз основа на анализа на здравно-демографското състояние на населението към периода на създаване на стратегията, са определени националните здравни цели, които са обективен израз на фокусирането на здравната политика върху устойчивото подобряване на здравето на българските граждани във всички възрастови групи.

Формулирането на целите отразява стратегическия подход за подкрепа на доброто здраве и неговите социални детерминанти през целия живот, насочена към увеличаване на продължителността на живота в добро здраве и дълголетие, от които може да има важни индивидуални, социални и икономически ползи.

Национални здравни цели до 2020 г.

1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1 000 живородени деца;
2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1 000;
3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1 000;
4. Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1 000;
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години.

Четири от определените 5 национални здравни цели са насочени към намаляване на смъртността в определени възрастови категории – децата до 1 година, децата от 1 до 9 години, подрастващите и младите хора от 10 до 19 години, и лицата в икономически активните групи от 20 до 65 годишна възраст. Смъртността в тези възрастови групи е в пряка обвързаност с качеството на живот и здравното обслужване на гражданите и нейната динамика е показателна за тяхното ниво.

Петата национална цел е свързана с увеличаване на средната продължителност на хората след навършване на 65 годишна възраст. Показателите за смъртност във възрастта на 65 години са зависими от процесите на демографско застаряване, поради което не могат да бъдат достатъчно обективен измерител за качеството на здравната помощ и грижи за

възрастните хора, такъв, какъвто се явява показателят за средна продължителност на хората след 65.

За измерване на степента на постигане на тези цели са формулирани целеви стойности на показателите за всяка една възрастова категория за периода до 2020г. Формулирането на националните здравни цели чрез конкретни измерители на очаквания резултат на база на статистически показатели и определяне на целеви стойности на тези измерители, осигурява обективна основа за провеждане на мониторинга на изпълнението им.

В стратегията се посочва, че постигането на петте националните здравни цели до 2020 г., при осигурена устойчивост на прилаганите политики и мерки, ще позволи през 2025 г. България да достигне настоящите средноевропейски нива на посочените 5 показателя.

Посочването на средноевропейските нива на определените показатели като крайна цел на формулираните политики до 2025 г., надхвърляща конкретните времеви рамки на стратегията, дава необходимия дългосрочен хоризонт за планиране на здравните политики в бъдеще.

Стратегията определя три основни приоритета за преодоляване на нарастващите предизвикателства пред здравето на българските граждани, както и конкретни политики за реализацията им.

Приоритетите и политиките са взаимосвързани и всеки от тях допринася пряко или косвено за постигане на поставените здравни цели и създаване на условия за тяхното устойчиво подобряване и в бъдеще, достигайки най-добрите европейски показатели. (Табл. 40)

Таблица 21. Цели, приоритети и политики на НЗС 2020

Национални здравни цели	Приоритет 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот		Приоритет 2. Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати	Приоритет 3. Укрепване капацитета на общественото здравеопазване
	Специфични политики	Общи политики		
1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1 000 живородени деца	Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата	Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания	Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ Политика 2.4. Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ Политика 2.6. Електронно здравеопазване Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система	Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите Политика 3.2. Надзор на заразните болести Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол
2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1 000	Политика 1.2. Здраве за децата и юношите	Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи		
3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1 000				
4. Повишаване на работоспособността и снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1 000	Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст			

За всеки приоритет и политика в стратегията са посочени ключовите предизвикателства и насоките и механизмите за постигане на желаните резултати, базирани на приемствеността, натрупания опит и стратегическата перспектива за развитие на системата на здравеопазване като основен фактор за растеж на страната ни. Определени са и конкретните мерки, които следва да бъдат реализирани в периода до 2020 г.

Към стратегията е разработен План за действие за нейното изпълнение, като за всяка мярка са разписани съответните действия, срокове, изпълнители и източници на финансови ресурси, включително и средства от европейските фондове и програми.

В Плана за действие на Националната здравна стратегия 2020 са взети предвид възможностите за създаване и укрепване на механизмите за сътрудничество и процедури за координация между държавите-членки на Европейския съюз, за да може Република България да отговори на съвременните предизвикателства и приоритети в областта на здравето.

Реализацията на Националната здравна стратегия 2020 е подкрепена чрез няколко основни стратегически и програмни документи, в отделните направления на здравната политика, а именно:

- Национална стратегия за борба с наркотиците 2014-2018 г.
- Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020
- Концепция за реструктуриране на болничната помощ в България
- Концепция „Цели за здраве 2020“
- Национална програма за подобряване на детското и майчино здраве
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020г.
- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България за периода 2017-2020 г.
- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 г.
- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г.
- Национална програма за първична профилактика на рак на маточната шийка в Република България 2012 -2016 г.
- Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г.
- Програма на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г.
- Програма за управление на правителството на Република България за периода 2017-2021 г.

Значение за реализацията на НЗС 2020 има и изпълнението на целите на стратегическите документи в други сектори, като Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.), Национална стратегия за детето 2008 – 2018 г., Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020, Национална стратегия за дългосрочна грижа и др.

Реализацията на НЗС 2020 от своя страна подкрепя от своя страна реализацията на основните стратегически документи на национално и европейско ниво - Националната програма за развитие България 2020, Националната програма за реформи, Стратегия за развитие на ЕС Европа 2020, както и на основния стратегически документ на Европейското бюро на СЗО „Здраве 2020“.

ПРИОРИТЕТ 1 „СЪЗДАВАНЕ НА УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ“

Приоритетът е базиран на тезата, че при настоящата демографска трансформация, в която се намира страната, е необходима активна подкрепа за доброто здраве и неговите социални детерминанти през целия живот, насочена към увеличаване на

продължителността на живота в добро здраве и дълголетие, от които може да има важни индивидуални, социални и икономически ползи.

Доколкото здравословното и активно остаряване е процес, който започва преди раждането и изисква последователност и приемственост на политиките и мерките в различните възрастови групи, приоритетът включва 4 специфични политики:

Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата

Политика 1.2. Здраве за децата и юношите

Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст

Политика 1.4. Здраве за възрастните хора

и 3 общи по отношение на възрастовата категория политики, насочени към определени рискови фактори и групи:

Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве

Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания

Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи

В стратегията ясно се посочва, че реализацията на този приоритет, т.е. постигането на реални ползи за здравето не е отговорност единствено на здравната система и е възможно само чрез интегриране на междусекторни мерки за справяне със здравните неравенства и техните детерминанти. Те изискват създаване на по-добри условия за живот, подобряване на здравната култура, подкрепа на независимия живот и превръщането на по-здравословния избор в по-лесния избор. Това означава по-безопасна бременност, даване на по-добър старт в живота, насърчаване на безопасността и благосъстоянието, осигуряване на защита за децата и младите хора, осигуряване на безопасни и здравословни работни места и подкрепа на активното остаряване в добро здраве.

Адаптирането на здравната система към специфичните потребности на различните възрастови групи е важна, но не единствена част от комплексния подход към здравето на хората.

В тази връзка следва да се подчертае, че реализацията на политиките по Приоритет 1, са тясно обвързани с изпълнението на мерките по другите 2 приоритета на стратегията, насочени към 2-те основни части на системата – Приоритет 2 за диагностично-лечебната част (извънболнична, болнична и спешна помощ, фармация и др.) и Приоритет 3 за частта на общественото здраве в областта на промоцията, профилактиката и държавния здравен контрол. Политиките в Приоритет 1 имат за цел да фокусират и адаптират общите политики за развитието на сектора към специфичните потребности на различните групи възрастови и рискови групи.

Доколкото в рамките на приоритета са включени специфични политики за подобряване на здравето на отделните възрастови групи, оценката за изпълнението на приоритета най-добре се обективизира чрез динамиката на здравно-демографските показатели за всяка възрастова група. (Виж Част I Доклад за състоянието на здравето на гражданите).

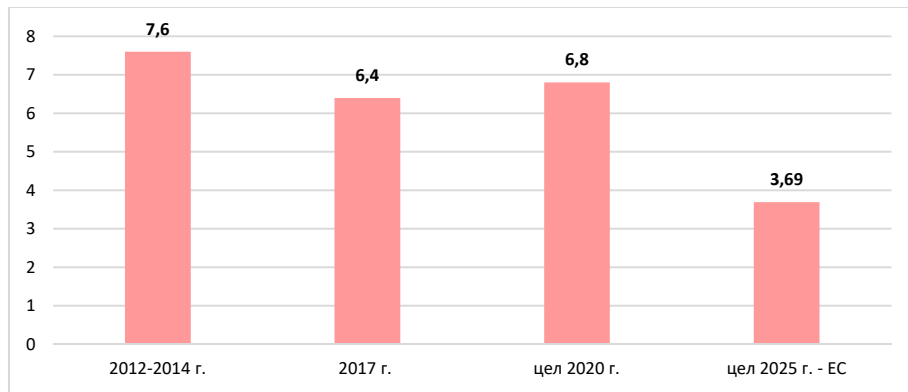
Най-обективен измерител за реализацията на политиките по Приоритет 1 е динамиката на целевите стойности на формулираните национални здравни цели:

Национална здравна цел 1 - Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 г. възраст

Продължава трайната тенденция за намаление (с 0,1 на 1000 живородени спрямо 2016 г.) на показателя за детска смъртност, като стойността му през 2017 г. достига 6,4 на 1 000 живородени деца. Това е най-ниското равнище в историята на демографската статистика в България и е намаление с 16% спрямо изходното ниво от 2014 г. Показателят не само е достигнал, но е и преминал под целевата стойност от 6,8 на 1 000 живородени деца през 2020 г., определена в стратегията.

По отношение на индикатора за изпълнение до 2025 г., а именно снижаване на смъртността при децата до 1 годишна възраст до средноевропейски стойности на показателя (3,69 на 1 000 живородени лица за 2014 г.), е налице 30 % изпълнение. (Фиг. 104)

Фигура 104. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 1 Снижаване на смъртността при децата до 1 годишна възраст



При запазване на този темп на намаление на показателя, може да се прогнозира, че до 2020 г. стойността на показателя следва да намалее до 4,7 на 1 000 живородени деца и към 2023-2024 г. да достигне средноевропейските стойности на показателя – 3,69 на 1 000 живородени деца. Това би било възможно при осигуряване на устойчивост и развитие на настоящите политики, насочени към подобряване на здравето и майките и децата до 1 годишна възраст, чрез които постигането на Национална здравна цел 1 до 2025 г. за намаление на смъртността при децата до 1 годишна възраст до средноевропейските нива, е реалистично.

Доколкото детската смъртност е статистическият показател с най-висока степен на зависимост от качеството на предоставяните здравни услуги за майките и децата, то намалението му следва да се приеме като обективно доказателство за постигнат положителен резултат от провеждането на политики и предприетите активни мерки и за подобряване на детското и майчино здравеопазване в изпълнение на Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата, както и общите мерки за подобряване на общественото здраве и функционирането на системата за здравеопазване в изпълнение на Приоритет 2 и 3 на НЗС 2020.

Благоприятни тенденции се наблюдават и по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), като перинаталната детска смъртност продължава да намалява, а постнеонаталната запазва нивото си от 2016 г.:

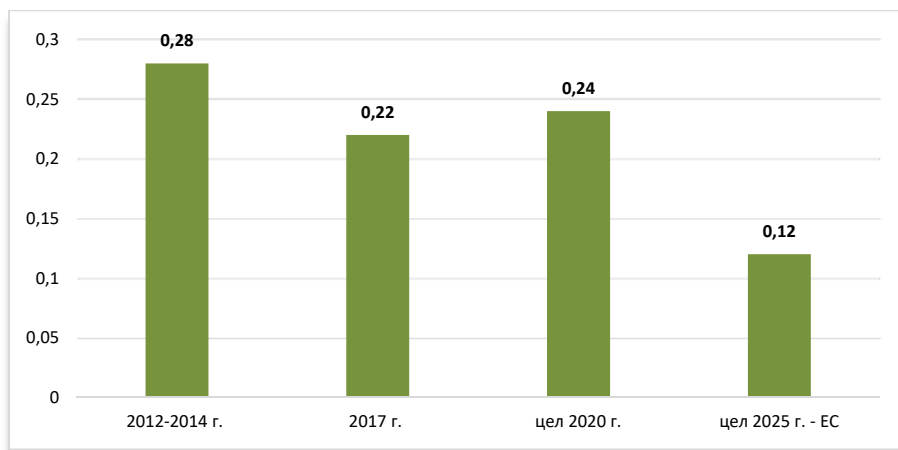
- перинаталната детска смъртност намалява от 10,4 ‰ през 2014 г. на 8,9 ‰ през 2017 г.;
- неонаталната детска смъртност от 4,4‰ през 2014 г. достига 3,8 ‰ през 2017 г.;
- постнеонаталната детска смъртност намалява от 3,2 ‰ през 2014 г. на 2,6 ‰ през 2017 г.

В структурата на умираанията по причини най-голям е броят на починалите деца до 1-годишна възраст поради някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации и болести на дихателната система.

Национална здравна цел 2 - Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст

Показателят за смъртност при деца от 1 до 9 години е един от показателите, по които България има най-добри резултати спрямо средноевропейските показатели. За периода 2012-2014 г. неговата стойност е 0,28 на 1 000 души население от 1 до 9 години, през 2016 г. - 0,20 на 1 000, а през 2017 г. – 0,22. През 2017 г. продължава тенденцията за подобряване на показателя, като се отбелязва известно отклонение, но все още надвишава целевата стойност до 2020 г. от 0,24 на 1 000 (Фиг. 105).

Фигура 105. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 2 Сnižаване на смъртността при деца от 1 до 9 години



По отношение на целта до 2025 г. смъртността при децата от 1-9 годишна възраст за достигане на средноевропейските стойности, е налице 50% изпълнение на целевата стойност.

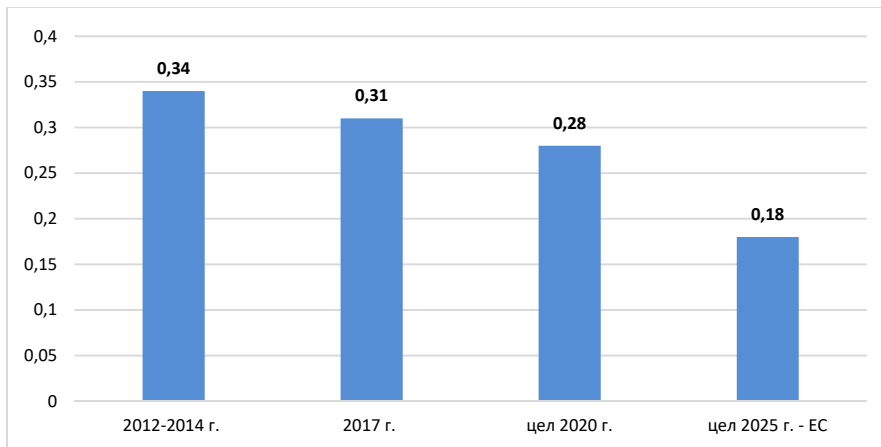
При запазване на настоящия темп на намаление на показателя може да се прогнозира, че до 2020 г. стойността му следва да намалее до 0,14 на 1 000 население от 1 до 9 години и към 2022 г. ще достигне настоящите средноевропейските стойности на показателя – 0,12 на 1 000 население от 1 до 9 години.

Направените прогнози потвърждават, че при осигуряване на устойчивост и развитие на настоящите политики, насочени към подобряване на здравето и майките и децата до 1 годишна възраст, е налице реална възможност до 2025 г. за постигане на Национална здравна цел 2 и намаление на смъртността при децата от 1 до 9 годишна възраст до средноевропейските нива.

Национална здравна цел 3 - Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст

През 2017 г. се наблюдава запазване нивото на смъртността във възрастовата група от 10 до 19 години на 0,31 на 1 000 население от 10 до 19 години, като то все още надвишава целевата стойност за изпълнение до 2020 г. - 0,28 на 1 000. (Фиг. 106)

Фигура 106. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 3 Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10 до 19 г.

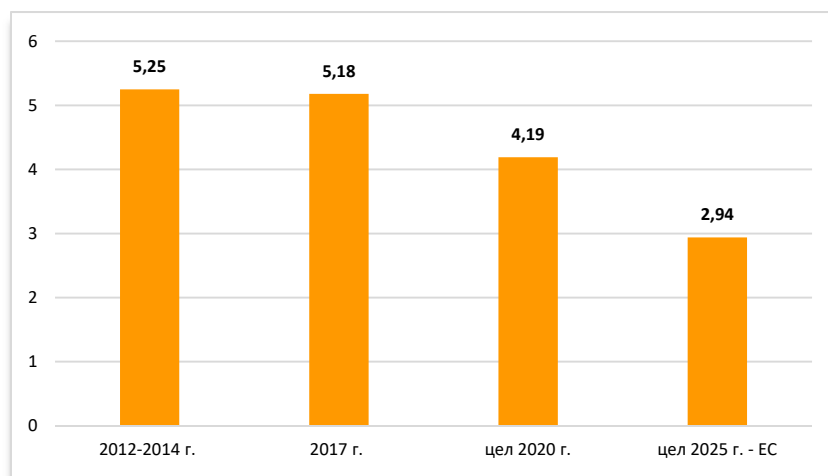


Следва да се отбележи, че темпът на намаление на смъртността в тази възрастова група е значително по-малък в сравнение с намалението на смъртността във възрастовите групи до 1 година и от 1 до 9 години. С оглед това е необходимо да се предприемат активни действия за реализация на политиките за подобряване на здравето на юношите и младите хора и темпът на намаление на показателя продължи да се задържа на тези стойности, вероятно до края на 2025 г. няма да могат да бъдат достигнати средноевропейските стойности на показателя (0,18 на 1 000 население от 10 до 19 години за 2015 г.)

Национална здравна цел 4 - Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст

Данните за 2017 г. показват, че макар и с по-бавни темпове, тенденцията за намаление на стойността на показателя за смъртност във възрастовата група от 20 до 65 години продължава – от 5,20 на 1 000 души население във възрастовата група 20-65 години през 2016 г., той вече е 5,18 на 1 000 души. Показателят все още надвишава заложената целева стойност до 2020 г. от 4,19, а темпът на намаление е много малък. (Фиг. 107)

Фигура 107. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 4 Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст



В същото време се наблюдава негативна тенденция на увеличение средноевропейските стойности на показателя (2,91 на 1 000 през 2014 г. и 2,94 на 1 000 през 2015 г.). При запазване на същия темп заложените целеви стойности на показателите до 2020 и 2025 г. (средноевропейските показатели) няма да могат да бъдат достигнати в определените времеви рамки.

Анализът на данните показва, че е необходима подкрепа за изпълнението на здравните политики за тази възрастова група, насочени към намаляване на рисковете от вредните навици, факторите на околната и трудовата среда, промотивни и профилактични дейности и дейности за ранно откриване и своевременно лечение на социално-значимите заболявания. От особено значение е интензифициране на мерките по Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст на Приоритет 1, както и на всички общи мерки по Приоритет 2 и Приоритет 3 на Националната здравна стратегия 2020 г. и Плана за действие към нея.

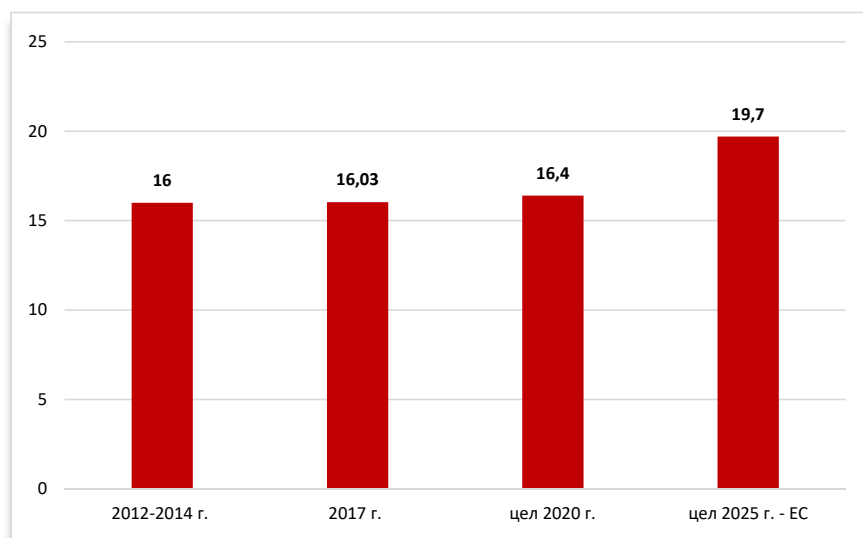
В периода на трудоспособна възраст здравето е сред основните фактори, които оказват влияние върху индивидуалната работоспособност на всеки. Затова е необходимо здравната система да бъде подкрепени от комплекс от икономически, социални и други мерки, свързани с подобряване на благосъстоянието на гражданите, условията за труд и почивка, сигурност и т.н., както и от личните усилия на хората за подобряване на своя стил на живот и ограничаване на вредните навици, свързани с нездравословно хранене, ниска двигателна активност, тютюнопушене, алкохол и др.

Липсата на комплексни и синхронизирани политики за повишаване на качеството на живот и благосъстоянието на хората в активна трудоспособна възраст ще попречи на реализацията на поставената национална здравна цел, независимо от усилията на здравната система.

Национална здравна цел 5 - Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст

Средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст бележи увеличение спрямо стойностите към 2014 г., но и тук се наблюдава много бавен темп на нарастване (увеличение с 0,01 спрямо стойностите за 2016 г.) и значително отклонение от желаната целева стойност до 2020 г. и средноевропейското ниво на показателя, като целева стойност до 2025 г. (Фиг. 108)

Фигура 108. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 5 Средна продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст



При запазване на настоящия темп на увеличение на показателя, може да се прогнозира, че до 2020 г. стойността му няма да достигне определената в стратегията целева стойност от 16,4 години, а в близките десетилетия няма да достигне средноевропейски стойности на показателя за периода 2012-2014 – 19,7 години. Следва да се отбележи обаче, че на фона на наблюдаваното макар и минимално подобрене на стойностите на показателя в България, на ниво 28 държави в ЕС е налице влошаване на средноевропейските показатели (20,0 години за 2014 г. и 19,7 години за 2015 г.)

Въпреки това мониторингът показва необходимост от оптимизиране на планирането и ускоряване на реализацията на мерките по Политика 1.4. Здраве за възрастните хора на Приоритет 1 и общите мерки по реализация на политиките по Приоритет 2 и 3. Особено внимание следва да се обърне на мерките, свързани с развитието на специализирани здравни услуги за превенция на заболяванията и усложненията, характерни за възрастните хора, както и на услуги в общността, в т.ч. на интегрирани здравно-социални услуги за възрастни хора.

Следва да се има предвид, че освен специфичните политики и мерки, пряко насочени към подобряване на здравето на възрастните хора, за постигането на резултат основно значение имат мерките, прилагани за насърчаване на здравословен начин на живот през целия жизнен цикъл и здравословно остаряване в по-горните възрастови групи, със специален акцент за хората над 50 годишна възраст, както и всички други мерки за подобряване на здравето на гражданите през целия им живот. В този смисъл показателят за очакваната продължителност на предстоящият живот на лицата над 65 г. следва да бъде разглеждан и като интегрален показател за реализация на политиките по останалите национални здравни цели, реализирани в сектора на здравеопазването.

В по-глобален план този показател отчита ефективността на цялостната държавна политика за подобряване на качеството на живот на граждани, в т.ч. социално-икономическите мерки, мерките в областта на опазване на околната среда, образованието, спорта и др. Не на последно място трябва да се подчертае, че този показател е най-инерционен, като ефектът от настоящите политики може да бъде напълно обективизиран в по-дългосрочен план.

Изводи:

От представените данни за отчетените през 2017 г. стойности на показателите, измерващи изпълнението на националните здравни цели, могат да се направят следните изводи:

1. За 4 национални здравни цели е налице положителна оценка на изпълнението им, определена на база обективни данни за динамиката на наблюдаваните показатели спрямо изходните данни от 2014 г., като само по отношение на НЦ 2 се наблюдава известно отклонение спрямо предходната година, но показателят е достигнал и все още е под целевия за 2020 г. (Табл. 41)

2. За всички цели се наблюдава различна степен на постигане спрямо определените целеви стойности до 2020 г. - при 2 от тях е налице постигане на целевите стойности на измервания показател до 2020 г., а при останалите 3 целевата стойност не е достигната.

3. Най-значим е напредъкът по постигане на националните здравни цели за намаляване на смъртността в младите възрастови групи, а най-незадоволителен по отношение на целта за увеличаване на средната продължителност на живота във възрастта над 65 г.

4. Регистрираната към 2017 г. динамика на измерителите на националните здравни цели предполага различни времеви периоди за постигане на определените целеви стойности, което налага интензифициране на мерките в областите, където е налице значимо изоставане.

Таблица 41. Анализ на постигането на националните здравни цели към 31.12.2017 г.

Национални здравни цели	Изходно ниво на наблюданите показатели за РБ (средно за 2012-2014)	Целева стойност на показателя до 2020 г.	Целева стойност на показателя до 2025 г. (показатели на ЕС ³²)	Междина стойност на показателя за 2017 г.	Динамика спрямо изходното ниво (2012-2014 г.)	Постигане на националната цел (качествена оценка)	Изпълнение спрямо целевата стойност до 2020	Изпълнение спрямо целевата стойност до 2025 (ЕС)
1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст	7,6 на 1 000 живородени деца	6,8 на 1 000 живородени деца	3,69 на 1 000 живородени деца	6,4 на 1 000 живородени деца	Намаление с 16 % (в абс. стойност - 1,2 на 1000)	Да, налице е намаление	150 % (в абсолютна стойност + 0,4 на 1 000)	31% (в абсолютна стойност - 2,7 на 1 000)
2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст	0,28 на 1 000 нас. на 1-9 г.	0,24 на 1 000 нас. на 1-9 г.	0,12 на 1 000 нас. на 1-9 г.	0,22 на 1 000 нас. на 1-9 г.	Намаление с 22 % (в абс. стойност - 0,06 на 1000)	Да, налице е намаление	150 % (в абсолютна стойност + 0,02 на 1 000)	38 % (в абсолютна стойност - 0,10 на 1 000)
3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст	0,34 на 1 000 нас. на 10-19 г.	0,28 на 1 000 нас. на 10-19 г.	0,18 на 1 000 нас. на 10-19 г.	0,31 на 1 000 нас. на 10-19 г.	Намаление с 10 % (в абс. стойност - 0,03 на 1000)	Да, налице е намаление	50 % (в абсолютна стойност - 0,03 на 1 000)	19 % (в абсолютна стойност - 0,13 на 1 000)
4. Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст	5,25 на 1 000 нас. на 20-65 г.	4,19 на 1 000 нас. на 20-65 г.	2,94 на 1 000 нас. на 20-65 г.	5,18 на 1 000 нас. на 20-65 г.	Намаление с 1,3 % (в абс. стойност - 0,07 на 1000)	Да, налице е намаление	7 % (в абсолютна стойност - 0,99 на 1 000)	3 % (в абсолютна стойност - 2,24 на 1 000)
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст	16,0 години	16,4 години	19,7 години	16,03 години	Увеличение с 0,2 % (в абс. стойност + 0,03 г.)	Да, налице е увеличение	8 % (в абсолютна стойност - 0,37 години)	1 % (в абсолютна стойност - 3,67 години)

³² Данните за показателите за ЕС са за 2015 г. Показателите по НЦ 2, 3 и 4 са преизчислени от данните на Евростат за ЕС (28) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>

Дейности по изпълнение на политиките по Приоритет 1

Изпълнение на част от мерките за реализация на политиките по Приоритет 1 „Създаване на условия за здраве за всички през целия живот“ са в обхвата на другите 2 приоритета на Националната здравна стратегия – Приоритет 2 „Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати“ и Приоритет 3 „Укрепване на капацитета на общественото здраве-опазване“ (Виж Приоритет 2 и 3)

Това са общи мерки, които дават синергичен ефект по отношение на политиките във всички възрастови и рискови групи по Приоритет 1.

Поради това в настоящия раздел е отчетено изпълнението само на специфичните мерки, които не са обект на интервенция на политиките по Приоритети 2 и 3.

Изпълнение на специфични мерки за реализацията на политиките по Приоритет 1

По Мярка Развитие на механизмите за заплащане от държавния бюджет и други източници на дейности по детско и майчино здраве извън обхвата на задължителното здравно осигуряване:

Подобряването на майчиното и детско здраве е устойчива характеристика на провежданата държавна здравна политика. Всички деца до 18 г. са здравноосигурени и имат гарантиран достъп до медицинска помощ в обхвата на задължителното здравно осигуряване, като здравноосигурителните вноски се заплащат от държавния бюджет. Националната здравноосигурителна каса заплаща всички дейности, свързани с профилактичните прегледи на децата до 18 г. по определени периодичност и обхват, в т.ч. прегледи, имунизации, изследвания и консултации. По избор на родителите профилактичните прегледи и наблюдението на развитието на децата може да се осъществява от общопрактикуващ лекар или специалист педиатър.

В изпълнение на мярката през 2017 г. бяха изготвени промени в Постановление № 25 на МС от 9.02.2009 г. за създаване на Център за асистирана репродукция и Правилника за организацията на работа и дейността на Център за асистирана репродукция (*Политики 1.1, 1.2 и 1.3*). Чрез тях значително се разширява обхвата на финансираните дейности по асистирана репродукция - увеличава се от три на четири броят на процедурите, предвидени са четири ембриотрансфера на замразени ембриони – дейност, която до сега не е финансирана от центъра. На практика по този начин се удвоява броят на опитите (ембриотрансферите) и се увеличава шансът за забременяване на жените. Оптимизиран е съставът на Комисията към Центъра за асистирана репродукция чрез включване на специалист с опит в областта на образната диагностика. Създадена е възможност за упражняване на по-ефективен контрол от страна на центъра, като директорът ще може, освен да прекратява договор с лечебно заведение, също и да налага финансови санкции при констатирано нарушение. Предвидена е и възможността Центърът да осъществява самостоятелни проверки на лечебните заведения – договорни партньори на Фонда.

Промените в Правилника за организацията на работа и дейността на Център за асистирана репродукция са във връзка с мерките за изпълнение на демографската политика в Република България, свързани с подкрепа на раждаемостта. Задълбочаващите се негативни демографски тенденции, обуславят предприемане на конкретни действия по отношение на хората с репродуктивни проблеми, свързани с разширяване на обхвата на дейностите по асистирана репродукция, разширяване на показанията и улесняване на достъпа до финансиране на дейностите по асистирана репродукция с публичен финансов ресурс от Центъра за асистирана репродукция.

С постигането на поставените цели с промените в Правилника се очаква да се увеличат шансовете за зачеване чрез методите на асистираната репродукция при всички двойки с репродуктивни проблеми, отговарящи на критериите за финансиране от центъра. Нараства вероятността за успех от прилагането на тези методи, а това ще даде своя принос към повишаване на раждаемостта в България.

През 2017 г. бяха направени и изменения в Правилника за дейността и организацията на работата на Център „Фонд за лечение на деца“, които са в резултат на направен анализ на организацията на работа на фонда (*Политики 1.1, 1.2 и 1.6*). Целта на промените е подобряване на организацията и преодоляване на констатирани затруднения в дейността на фонда, свързани със заплащането от ЦФЛД на медицински изделия. По този начин бяха създадени условия за своевременно и качествено лечение на децата в страната и чужбина чрез гарантиране обективност и навременност на решенията за подпомагане на нуждаещите се деца.

С промените се дава възможност на ЦФЛД да провежда процедури по реда на ЗОП за доставка на медицински изделия, високоспециализирани апарати и уреди за индивидуална употреба с оглед осигуряване на възможност фондът да подпомага с медицински изделия всички деца, независимо от избраното лечебно заведение, както и с оглед гарантиране на ефективно разходване на публични средства за медицинските изделия. Допълнително е дадена възможност и лечебните заведения да осигуряват медицински изделия, в случай, че има проведена обществена поръчка за тях и договорената цена е по-ниска от договорената от фонда. Създадена е нормативна възможност за осигуряване на медицински изделия в периода до завършване на процедурата по ЗОП от ЦФЛД, като през този преходен период медицинските изделия да бъдат осигурявани от аптека на лечебно заведение на посочена доставна цена след сключен договор по реда на ЗОП, а лечебните заведения, които не са възложители по ЗОП да могат да ги осигуряват от друго лечебно заведение, което има сключен договор по реда на този закон. Въведени са критерии относно медицински изделия, апарати и уреди за индивидуална употреба, за приложението на които не се налага лечение на детето в болница. До този момент изискванията към тях бяха приравнени на останалите медицински изделия, влагани при оперативни интервенции, но на практика те са със специфички, които правят прилагането на утвърдените изисквания неприложими в много от случаите. С промените в правилника са регламентирани специфични за тази група изделия/апарати/уреди за индивидуална употреба изисквания към документацията, въз основа на която да може да се прецени целесъобразността и законосъобразността на исканото подпомагане.

Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020)

По отношение на изпълнението на Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020) през 2017 г. беше осигурена устойчивост при изпълнението на дейностите, стартирали през 2015 г. Чрез програмата със средства от държавния бюджет се финансират дейности, които са извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които няма осигурено финансиране от други източници. Целевите групи на програмата са деца, бременни и родилки без оглед техния здравноосигурителен статус (*Политики 1.1, 1.2 и 1.6*). В изпълнение на мерките от програмата Министерство на здравеопазването сключи договори със 108 лечебни заведения за болнична помощ (университетски, областни, общински и частни) на територията на цялата страна. През 2017 г. бюджетът на програма е 2,49 млн. лв., а средствата са предоставени на лечебни заведения за здравни дейности, свързани с ранната диагностика и комплексното лечение на определени заболявания, за които няма осигурено финансиране от други източници и имат значителен здравен ефект.

С цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени в лечебни заведения, в които има разкрити родилни/неонатологични структури, в рамките на програмата е въведен масов неонатален слухов скрининг (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*). В периода 01.01.-31.12.2017 г. са извършени общо 55 919 изследвания, което представлява 87.43 % от всички живородени деца в страната. С оглед данните, които сочат, че през 2015 г. са обхванати едва 42,37% от живородените, а през 2016 г – 79.67 %, може да се отбележи, че по отношение на обхвата на скрининга се наблюдава трайна тенденция за увеличение. При 0.98% от децата са констатирани отклонения от нормата, поради което са насочени към допълнителен преглед и изследвания от лекар-специалист.

По програмата се финансира дейността на 31 Здравно-консултативни центъра за майчино и детско здраве (ЗКЦ) във всички областни болници. ЗКЦ предоставят информационни, логистични и координационни услуги, както и специализирани медицински консултации, включително и домашни посещения, психологическа подкрепа и превенция на изоставяне на деца, на родилки и бременни с патология на бременността, деца с увреждания, деца с хронични заболявания, недоносени деца (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*). През 2017 г. са отчетени 7 881 медицински консултации и 317 домашни посещения на деца с увреждания и недоносени деца, като се наблюдава малък спад в сравнение с 2016 г., когато са отчетени 8735 медицински консултации и 541 домашни посещения.

В рамките ЗКЦ към университетски и специализирани болници са създадени комисии за изготвяне на индивидуални планове за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа на деца с определени хронични заболявания - диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени хематологични заболявания, детска церебрална парализа, вродени неврологични заболявания, недоносени деца (*Политики 1.1 и 1.7*). През годината са изготвени 1 817 медико-социални планове за разлика от 2016 г., когато са били 2211. Намалението се дължи на факта, че комисията за деца с детска церебрална парализа, която беше разкрита в единствената в България специализирана болница за деца с това заболяване отказа да продължи дейността си по програмата.

По програмата се финансират и изследвания и консултации в рамките на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена. През 2017 г. няма значителни промени в броя на изследваните бременни - изследвани са 19 166 бременни, при 19 200 през 2016 г.

В рамките на НППМДЗ беше въведен масов неонатален слухов скрининг с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени. От м. септември 2015 г. до момента са изследвани 139 239 новородени.

От бюджета на програмата са отпуснати средства на НЦОЗА за изготвянето на статистическо проучване и анализ на показателите за детско здраве в отделните области на страната (за 3-годишен период, 2012-2014 г.), с изработване на Карта на заболяемостта по групи заболявания по области.

По Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020) са предвидени и други дейности, свързани с повишаване на информираността, промоцията на здравето и профилактиката на болестите, за които през 2017 г. не беше осигурено финансиране. Тяхното изпълнение през следващите години ще осигури не само устойчивост на постигнатите положителни резултати по отношение на показателите за майчино и детско здраве, но в бъдеще ще подобри и общият здравен статус на населението в страната.

Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 годишна възраст в Република България 2015-2020 г.

И през 2017 г. бяха осъществяване дейности по Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 годишна възраст в Република България 2015-2020 г., координирани от Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания, създаден със Заповед № РД-02-40/16.02.2015 г. на министъра на здравеопазването. През 2017 г. е извършено силанизиране на първите постоянни молари на деца от 5 до 8 годишна възраст. Във всеки регион в страната бяха проведени срещи-беседи между лекарите по дентална медицина, извършващи силанизирането и родителите и децата, на които ще се извършва силанизирането. На срещите са разяснени процедурата по силанизиране, нейното значение за профилактиката на зъбния кариес, както и правилното поддържане на устната хигиена на децата с цел профилактика. Силанизирани са 45 100 зъба на 13 436 деца.

Във всички региони на страната бяха проведени срещи, семинари и обучения на специалисти от детските заведения и училищата относно повишаване информираността на определени целеви групи от населението за профилактика на оралните заболявания. В 10 областни центрове: гр. Силистра, гр. Разград, гр. Шумен, гр. Пазарджик, гр. Хасково, гр. Ямбол, гр. Плевен, гр. Габрово, гр. Кюстендил, гр. Благоевград, бяха проведени и кръгли маси под ръководството на регионалния координатор по програмата за съответната област, с участници – представители на местната административна власт, РЗИ, РУО, директори на училища и детски градини, учители, възпитатели и други специалисти участващи в отглеждането, възпитанието и обучението на децата, РК на БЗС, изпълнители на силанизирането, родители, медиатори на малцинствени групи, неправителствени пациентски и родителски организация, медии, по проблемите на оралното здраве. Общо в страната бяха проведени 94 семинара и кръгли маси.

В края на месец ноември 2017 г. бе проведен национален форум за отчитане изпълнението на Програмата за 2017 г.

По Мярка Подкрепа на дейностите за финализиране на процеса на деинституционализация на грижите за деца

Анализът на ситуацията в страната в областта на медико-социалните грижи за деца и тяхната деинституционализация в периода 2010-2015 г. насочиха вниманието към необходимостта от промяна на здравната система от една страна към интегрирането на здравните и социални услуги, а от друга към въвеждането на интегриран подход на здравни грижи за бременните, майките и бебетата, който да обхване всички периоди - преди забременяване, по време на бременност, раждане, следродилен период, периода на новороденото и до навършване на 18 г. на децата, съобразно специфичните им потребности (*Политики 1.1, 1.2, 1.7*).

Във връзка с това бяха предприети мерки за актуализация на насоките за деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи, разработени и приети през 2010 г. в министерството. Разработен бе проект на Концепция за закриване на домовете за медико-социални грижи за деца и развитие на система от здравни и интегрирани здравно-социални услуги за деца и семейства „Здраве за всички деца“ 2016-2025 г. (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*)

С този проект Министерство на здравеопазването препотвърди ангажимента за приключване на процеса на деинституционализация и закриване на всички ДМСГД, но префокусира приоритетите на стратегическите си цели към реформа на цялата система за здравни грижи за деца с акцент върху превенция на разделянето им от техните семейства и подкрепа на семействата – за децата на всяка възраст, от всяка област и с

всякакви особености, като специално внимание бъде отделено на децата с увреждания и хронични заболявания.

Според концепцията визията и целите остават с ясен фокус върху деинституционализацията, но с по-голям акцент върху реформа на здравната система, насочена към подобряване на достъпността и качеството на здравните грижи в подкрепа на превенция на разделянето на децата от техните семейства и подобряване на благосъстоянието им, чрез развитие на система от здравни и интегрирани здравно-социални услуги.

В резултат на активната политика по деинституционализация броят на децата, настанени в ДМСГД намалява ежегодно (*Политики 1.1, 1.2 и 1.6*). Към 31.12.2017 г. във функциониращите 16 ДМСГД се отглеждат 539 деца на резидентна грижа, при 580 в края на 2016 г. и 726 в края на 2015 г. Децата, които се отглеждат в ДМСГД, са основно деца с увреждания, за които родителите не искат или не могат да полагат грижи. Всяка година относителният дял на децата с увреждания се увеличава, като през 2017 г. повишението е по-значително – с 5,3 %. През 2017 г. 405 деца или 75 % от настанените деца в ДМСГД са с увреждания. За сравнение, през 2016 г. те са били 69,7 %, а през 2015 г. 68,5%.

Намалява и броят на преминалите деца на резидентна грижа, като през 2017 г. те са общо 916, при 1085 през 2016 г. и 1334 през 2015 г. Тук отново преобладава броят на преминалите деца с увреждания - 518 деца за 2017 г. (56%), но относителният дял е по-малък в сравнение с 2016 г., когато 61% от преминалите деца са с увреждания, а през 2015 г. те са били 57,8%.

Намаляването на броя на преминалите деца се дължи на предприетите мерки за ограничаването на входа към ДМСГД чрез превенция на изоставянето и търсене на алтернативни форми на грижа като приемни семейства и социални услуги от резидентен тип. През 2017 г. в 16-те ДМСГД са постъпили 336 деца, почти колкото през 2016 г. когато са постъпили 359, но значително по-малко от постъпилите през 2015 г. - 484 деца.

Намаляването на броя на децата в ДМСГД се дължи и на факта, че много активно се предприемат мерки за извеждането им. През 2017 г. от ДМСГД са изведени 341 деца, като 142 от тях са с увреждания. На 98 % от децата е осигурена семейна среда - в биологичните семейства са върнати /реинтегрирани/ 81 от децата, на 91 от децата са осигурени приемни семейства, които да се грижат за тях, а на 156 деца са осигурени осиновителни семейства. За 5 от децата са осигурени алтернативни грижи в социалната услуга Център за настаняване от семеен тип, а 2 деца са преместени в друг дом.

Броят на изведените деца през 2017 г. е много по-малък от предходните две години - през 2015 г. са изведени 505 деца, а през 2015 г. - 608, но това се дължи на факта, че намаляват децата, настанени в ДМСГД.

По Мярка Развитие на интегрирани междусекторни услуги за деца и семейства с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др., в т.ч. патронажни грижи за бременни и деца:

Анализът на дейностите, осъществявани в ДМСГД и резултатите от изпълнените проекти в рамките на процеса на деинституционализация и закриване на ДМСГД, до момента показва, че за осигуряване на необходимата подкрепа за семействата и грижи за децата, в т.ч. за децата с увреждания, освен социални услуги е необходимо да бъдат осигурени услуги, свързани с гарантиране на грижите за физическото и психическо здраве на децата.

Това предопредели необходимостта да бъдат развивани услуги, максимално адаптирани към нуждите на децата и семействата, надграждащи и допълващи здравните

услуги, предоставяни в общата лечебна мрежа и подкрепящи услугите в социалната и образователна система, като:

- специализирани здравни услуги, осигуряващи комплексни медицински грижи за деца с увреждания и хронични заболявания;
- интегрирани здравно-социални услуги в общността, осигуряващи здравни грижи, медицинско наблюдение и социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на децата и техните семейства.

Паралелно с това Министерство на здравеопазването се включи в актуализирането на Плана за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“, приет от Министерския съвет през октомври 2016 г., където са планирани конкретните услуги, които следва да се изградят в подкрепа на процеса по деинституционализация и закриването на ДМСГД. Към този план са разработени Карти на услугите, приети на 07.12.2016 г. от Междуправителната работна група (МРГ) за управление и координация на процеса по деинституционализация. В картите са включени броя, местоположението и финансирането на видовете интегрирани здравно-социални услуги, които министерството в следващите 2 г. предвижда да изгради чрез финансиране по Оперативна програма „Региони в растеж“, а именно:

- 20 центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи;
- 8 центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с високо рисково поведение и потребност от специални здравни грижи.

С този план Министерство на здравеопазването е поело ангажимента чрез финансиране по Оперативна програма „Човешки ресурси“ да създаде и 18 центъра за предоставяне на интегрираната здравно-социална услуга патронажна грижа (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*).

По Мярка Прилагане на комплексен медико-социален подход в грижите за деца, в т.ч. деца с увреждания и хронични заболявания, и подкрепа на техните семейства;

В актуализирания план, с цел подобряване на здравното обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, Министерство на здравеопазването е поело и ангажимента да изгради и финансира центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (*Политики 1.1 и 1,7*). Дейностите, които се осъществяват в тези центрове ще са свързани с подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, лечение и рехабилитация; продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда; осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, осигуряване на палиативни грижи, специализирани за деца. Освен лечебна дейност се предвижда да се предоставят и различни видове социални услуги по Закона за социално подпомагане, съобразно потребностите на обслужвания район. Измененията създават възможност за реална интеграция на социални и медицински услуги на едно място, като по този начин се гарантират качествени и интегрирани здравни и социални услуги за децата с увреждания и тежки хронични заболявания и техните семейства. Предвижда се централните да бъдат изградени поетапно до края на 2020 г. във всички областни градове на страната, като дейността им се финансира изцяло от държавния бюджет.

В тази връзка през 2016 г. е разработен и приет Правилник за устройството и дейността на център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (обн., ДВ, бр. 89 от 2016 г.), който цели да осигури „под един покрив“

комплекс от медицински услуги (Политики 1.1, 1.2 и 1.7), включващи подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, лечение и медицинска и психо-социална рехабилитация (политики 1.5 и 1.7); продължително лечение и рехабилитация, обучение на родителите; осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална услуга резидентен тип; осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца. Чрез правилника е създаден ясен регламент за структурата, основните дейности и услуги, които предлага този вид лечебно заведение, неговия вътрешен ред, управление и финансиране като юридическо лице на бюджетна издръжка, което се създава от държавата. В правилника са регламентирани дейностите, насочени към предоставяне на комплексни услуги за децата и техните родители, в т.ч. и престоят на придружител в центъра, който да участва активно в грижите за детето. Предвидени са възможности за осъществяване на амбулаторна диагностика, физикална терапия и рехабилитация, както и мобилни услуги, чрез които се осигуряват специализирани медицински грижи в дома или мястото, където живее детето (Политики 2.4 и 2.8). Приемът на децата се осъществява след оценка на медицинската необходимост от диагностика, лечение, рехабилитация и/или палиативни грижи, извършена от лекар. При приема в центъра мултидисциплинарен екип оценява потребностите на детето и разработва индивидуален медико-социален план за необходимите диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и подкрепящите немедицински дейности и услуги по време на престоя на детето в лечебното заведение, както и при ползването на мобилни услуги (Политики 1.1, 1.2 и 1.7). В центровете могат да се разкриват отделения за специални грижи за деца до една година, както и за дългосрочни грижи за деца, за период не повече от три месеца след проведено активно болнично лечение, специализирани палиативни грижи за деца в терминално състояние и физикална терапия и рехабилитация до шест месеца. Следва да се отбележи, че с правилника се ограничава възможността в центровете да се отглеждат деца на резидентна грижа.

В резултат на предприетата национална политика за отглеждане на децата в семейна среда и постепенното намаляване настаняването на новородени и малки деца в специализирани институции намаля броя на децата отглеждани в ДМСГД – Златица и през 2016 г. отпадна функционалната необходимост от съществуването на дома. След извеждането на всички деца от институцията, с Постановление № 263 на Министерския съвет от 2016 г. ДМСГД – Златица е закрит.

През 2016 г. Министерство на здравеопазването продължи подкрепата за изпълнението на проект „Пътят към семейство“, който се реализира от Фондация „За нашите деца“, в резултат на което бяха изведени всички деца и беше закрит ДМСГД „Св. София“. В рамките на същия проект се предвижда сградата на дома да бъде преустроена в Комплекс от социални и здравни услуги за деца и семейства „Св. София“, където да се създадат следните здравни и социални услуги за деца от общността: център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, дневен център за деца с увреждания, център за приемна грижа и център за обществена подкрепа.

В изпълнение на дейностите по осигуряване на устойчивост на проектите за деинституционализация на децата от 8-те пилотни ДМСГД и през 2016 г. Министерство на здравеопазването продължава да осигурява финансиране на областните лечебни заведения за болнична помощ в градовете, в които има разкрити центрове за настаняване от семеен тип за деца/младежи за деца, нуждаещи се от постоянна медицинска грижа, за осигуряване на наблюдение и 24-часова консултативна помощ.

До старта на процеса по разкриване на центровете за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, МЗ прилага комплексен медико-социален

подход в грижите за децата с увреждания и хронични заболявания и оказва подкрепа на техните семейства (*Политики 1.1, 1.2 и 1.6*). Това се прави чрез 15-те дневни центъра за деца с увреждания и 5-те отделения за недоносени, функциониращи към ДМСГД.

В структурата на ДМСГД активно се развива дейността на дневните центрове за деца 0 до 7 години с увреждания и/или хронични заболявания, отглеждани в семейна среда. За тях се осигурява високоспециализирана и комплексна подкрепа за ефективна социална интеграция, както и ранна превенция на изоставане в психо-моторното развитие. В центровете се предоставят рехабилитационни, психотерапевтични, логопедични, образователни и социални услуги, които са съобразени с индивидуалните потребности на децата с увреждания. Те се предоставят почасово или като дневни грижи и са безплатни за всички деца, насочени с направление от Д „Социално подпомагане“. В ДМСГД – Варна се осигурява и стационарен престой за период от 10 дни за комплексна рехабилитация на деца с увреждания от цялата страна. Създадени са условия децата да бъдат непрекъснато със своите родители/придружители.

Във всички дневни центрове се извършва диагностика на соматично, психично, неврологично, интелектуално и речево развитие на децата. Изготвят се индивидуални програми за комплексна медицинска и психо-педагогическа рехабилитация, както и програми за родителите за работа в домашни условия. Провежда се индивидуална и групов психотерапия, прилагат се най-актуални методи и терапии при работата с децата. По метода на Монтесори се работи в 6 от дневните центрове в с. Бузовград, гр. Варна, гр. Кърджали, с. Дебелец, гр. Добрич и гр. Плевен. Мултисензорна терапия се прилага в 7 от дневните центрове гр. Благоевград, гр. Бургас, гр. Варна, с. Дебелец, гр. Добрич, гр. Плевен и гр. Силистра. В 4 от центровете се прилага музикотерапия(гр. Бургас, гр. Варна, с. Дебелец и гр. Силистра), в 2 се прилага арт терапия (гр. Добрич и гр. Бургас). От 2017 г. в дневния център в ДМСГД – Бузовград се прилага „Канис“ терапия, чрез специално обучено за терапия на деца куче лабрадор.

Медицинската рехабилитация и физиотерапия е друга дейност, която е много добре развита в дневните центрове. Най-добре оборудвани с апаратура и специалисти са 8 центъра (гр. Бургас, с. Бузовград, гр. Варна, с. Дебелец, гр. Добрич, гр. Плевен, гр. София и гр. Силистра), като в Бургас се извършва и робот-асистирана локомоторна терапия (Локостейшън). Това е единственият в България тренажор за раздвижване на деца с детска церебрална парализа и други заболявания със затруднения в походката.

В 4 от дневните центрове (гр. Силистра, с. Бузовград, гр. Добрич и гр. Плевен) се извършва подводна рехабилитация. Кинезитерапевтични процедури във воден басейн и рехабилитация на деца с увреждания чрез обучение по плуване се провежда в гр. Силистра.

Активно се предоставят и логопедични занимания в 7 центъра (гр. Бургас, гр. Варна, гр. Кърджали, с. Дебелец, гр. Добрич, гр. София и гр. Плевен). Индивидуалната и групов работата с деца с проблеми в развитието от аутистичния спектър се развива основно в 6 от дневните центрове (гр. Бургас, с. Бузовград, гр. Варна, с. Дебелец, гр. Силистра и гр. Стара Загора), където има сформирани групи за дневни грижи.

Без да се откъсват от семействата си тези деца получават целогодишно мултидисциплинарно обслужване от лекари – педиатри, специалисти по физикална медицина и рехабилитация, кинезитерапевти, логопеди, психолози, педагози, социални работници, медицински сестри, детегледачки и др. специалисти, като в ДМСГД – Плевен и ДМСГД - Кърджали дори е развита и мобилна услуга, чрез която се предоставят и специализирани медицински грижи за деца от общността в домашни условия.

Родителите и близките на децата със специални нужди също са активни потребители на услугите на дневните центрове посредством предоставяните им

консултации и обучения от съответните професионалисти за провеждане на рехабилитация в домашни условия за подпомагане на терапията.

В Стара Загора, функционира Център за ранна медико-социална интервенция, с обособен към него сектор „майчино и детско здраве“ и възможност за прием на деца от цялата страна, като акцентът е поставен върху деца с перинатални увреждания, деца с наследствени и вродени заболявания. Съвместно с Тракийския университет се осъществява скрининг за вродени инфекции и заболявания, както и медико-генетична консултация на семействата, работи се по програма за психологическо консултиране на родителите на недоносени деца.

За периода 01.01.2017 г. – 31.12.2017 г. комплексните медико-социални услуги в тези центрове са ползвали 1 564 деца, като техният брой се увеличава в сравнение с 2016 г., когато са обхванати 1 538 деца и 2015 г. – 1420 деца.

В 5 от ДМСГД (Бургас, Варна, Кърджали, Плевен и Стара Загора) функционират и отделения за недоносени деца, където също се прилага комплексен медико-социален подход при грижата за недоносените деца. Осъществява се медицинско наблюдение, лечение, консулти със специалисти, високо специализирани медицински изследвания на новородени с ниско и изключително ниско тегло изведени от интензивното неонатологично отделение на болниците, както и психологическа подкрепа и обучение на родителите им. В три от тях (Стара Загора, Варна и Плевен) е предоставена възможност за престой на майката на недоносеното дете по време на пребиваването му в отделението, както и за нейното активно участие в ежедневното обгрижване в различните режимни моменти (къпане, кърмене, хранене с биберон и др.). В ДМСГД – Варна и ДМСГД – Плевен се прилага и кенгуру – грижата.

За периода 01.01.2017 г. – 30.12.2017 г. през отделението за недоносени са преминали 409 деца.

По мярка Подобряване на достъпа и качеството на медицинската експертиза за степен на увреждане в системата на здравеопазването

Един от приоритетите в дейността на МЗ, в партньорство с Министерството на труда и социалната политика през отчетния период бе създаване на концептуална основа за цялостна реформа в медицинската експертиза на степен на увреждане и работоспособност. (*Политика 1.5 и 1.6*)

През 2017 г. продължи съвместната работа с Министерство на труда и социалната политика по проект „Експертиза на работоспособността“ в рамките на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020, основната цел на който е да се повиши качеството на медицинската експертиза и експертизата на работоспособността, като в практиката се интегрират принципите на Международната класификация на човешката функционалност, уврежданията и здравето (ICF) на Световната здравна организация, включително на свързаните с нея класификатори в дейността на органите на медицинската експертиза и органите на експертизата на работоспособността (*Политика 1.5 и 1.6*). Целта е да се въведат единни, стандартизирани критерии за описание на функционирането, увреждането и здравето на човека, в основата на които да се оценяват вида и степента на увреждане от една страна, а от друга – способността на лицето с трайно намалена работоспособност да полага някакъв вид труд и възможностите му за включване в пазара на труда. С този нов модел на медицинска и социална експертиза практически ще се постигне концептуална промяна, изразяваща се в крайния ефект от нея – вместо самоцелна оценка на състоянието спрямо здравия човек, целта на експертизата се измества към оценка на потребностите на конкретното лице с цел осигуряване на оптимални условия за осъществяване на обичайния за него труд. Следователно целта е да се оцени възможността лицата в трудоспособна възраст с

установен вид и степен на увреждане да работят и по възможност да упражняват своята професия. В тази връзка през 2017 г. започна проучването на международния опит в прилагането на ICF сред други държави членки на ЕС, включително законодателството, институционалната система и методология. Стартира и процедурата по превод на български език на ICF.

В изпълнение на мерки по политиката за осигуряване на най-добро здраве за хората с увреждания, през 2017 г., във връзка с Решение № 12773 от 24.11.2016 г. на Върховния административен съд, беше изготвена и обнародвана нова Наредба за медицинската експертиза, приета с ПМС № 120 от 23.06.2017 г. С новия нормативен акт беше създадена правна регламентация на принципите и критериите на медицинската експертиза и редът за нейното извършване.

По мярка Разработване на програми за здравно образование и информационни кампании по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата и изграждане на умения за здравословно поведение с акцент върху определени целеви групи

През 2016 г. и през 2017 г. от 28-те РЗИ бяха проведени здравно-образователни мероприятия и кампании за повишаване информираността на подрастващите за рисковите за здравето фактори, свързани с начина на живот и поведение и повишаване информираността и за изграждане на умения за здравословно поведение и промоция на здраве.

Кампаниите бяха насочени към четирите рискови за здравето фактори – ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, здравословно хранене и физическа активност. В страната са проведени общо 150 кампании с 18 500 участника. В кампаниите дейностите се провеждат с интерактивни средства – „Алко очила“, пушещ макет и спирометричен апарат за измерване на въглеродния окис (CO₂) в белия дроб, с цел демонстриращи реална представа за рисковото поведение след злоупотреба с алкохол и влиянието на тютюневия дим върху белите дробове.

ПРИОРИТЕТ 2 „ИЗГРАЖДАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА СПРАВЕДЛИВА, УСТОЙЧИВА И ЕФЕКТИВНА ЗДРАВНА СИСТЕМА, ОРИЕНТИРАНА КЪМ КАЧЕСТВО И РЕЗУЛТАТИ“

Приоритет 2 на НЗС 2020 включва политики, ориентирани пряко към системата на здравеопазване, като основна социална сфера, ангажирана с грижите за здравето на българските граждани и фактор за неговото подобряване.

В стратегията се посочва, че българската здравна система, подобно на останалите европейски здравни системи, е изправена пред сложни предизвикателства. Здравеопазването става все по-скъпо и сложно за планиране и регулация поради бързо напредващите темпове на технологичния прогрес, промените в структурата на населението, по-информираните потребители на услуги и увеличаването на трансграничното движение, в т.ч. на медицинските специалисти. Променя се демографския модел на болестите, при който основните проблеми на здравето са свързани с хроничните заболявания, заплахите за психичното здраве и състояния, свързани със стареенето.

Според стратегията, отговорите на здравната система на динамично променящите се потребности на фона на ограничени ресурси, изискват иновативни и комплексни решения, насочени към крайните потребители, които да са базирани на доказателства и да са възможно най-ефективни от икономическа гледна точка.

Във връзка с това в Приоритет 2 са включени следните политики:

- Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването
- Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти
- Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ
- Политика 2.4. Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ
- Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ
- Политика 2.6. Развитие на електронно здравеопазване
- Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване
- Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване
- Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система

При формулиране на политиките по Приоритет 2 стратегията се позовава „България. Систематичен анализ на страната. Потенциалът на България за устойчив растеж и споделен просперитет“, доклад на Световна банка от 2015 г., според който: „Реформите в системата на здравеопазване следва да включват:

- оптимизиране на болничната система и политиката по отношение на лекарствата с цел спиране изтичането на ресурси и осигуряване на по-добър достъп до здравни грижи и по-високо качество;
- засилване на алтернативите на болничната помощ и съгласуване на стимулите, за да се осигури лечението на пациентите на необходимото ниво на грижи, така че да се подобри и стане по-ефикасно управлението на хроничните заболявания.“

През 2017 г. продължи започната през 2016 г. поетапна реализацията на политиките и мерките, заложи в НЗС 2020 за адаптиране на българската система на здравеопазване към променящите се здравни потребности и предизвикателства при най-ефективно използване на възможните за страната ресурси.

ПОЛИТИКА 2.1. ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Преглед на политиката

В стратегията се посочва, че през последните години повишаващите се разходи за здравеопазване поставят пред управленските институции в цял свят сериозни предизвикателства, като България не се различава от общата тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи.

Между 1995 г. и 2014 г. България е увеличила дела от бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 на 12 процента. По международни сравнения със страни със сходни икономически показатели това е малко над средните стойности, което показва, че България дава по-голям приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на бюджета.

Едновременно с това социологическите проучвания на бюджета на домакинствата в България показват, че частните разходи също нарастват прогресивно. Високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве.

Според международни анализатори³³ България, подобно на други страни, и в бъдеще ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличава средствата за здравеопазване. Макар че част от този натиск се дължи на вътрешно присъщи неефикасности в сегашната система, много от факторите са външни за системата на

³³ Анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България, Световна банка, 2015 г.

здравеопазването - застаряването на населението, нарастването на хроничните заболявания, техническия прогрес, свързан с въвеждането на нови медицински и други технологии и др.

Степента, до която България се справя с тези различни видове натиск, зависи както от общите фискални фактори в страната, така и от решенията на правителството в сферата на определянето на приоритетите в здравеопазването.

Това налага в системата на здравеопазването да бъдат предприети сериозни реформи, които следва да се планират в контекста на настоящата и вероятно бъдещата макроикономическа и по-специално фискална ситуация.

Като съществен елемент на политиката е формулирано пренасочването на финансовите ресурси на НЗОК от болничната към извънболничната медицинска помощ, с акцент върху финансирането на дейности в първичната помощ.

Според стратегията прегрупирането на финансовите ресурси по отношение на различните видове пакети и видове медицинска помощ следва да е синхронизирано с необходимото прегрупиране на разходите по направленията промоция, профилактика, скрининг, диагностика, лечение и рехабилитация.

Особено внимание, според стратегията следва да се отдели на планирането на финансовите ресурси за заплащане на здравни дейности, технологии и лекарствени продукти с доказана здравна и икономическа ефективност.

Дейност по изпълнение на политиката

По мярка 2.1.1. Устойчиво повишаване на средствата за здравеопазване като % от БВП

И през 2017 г. средствата за здравеопазване са един от водещите приоритети в структурата на държавните разходи като размер и относителен дял. На фона на доброто икономическо развитие на страната през последните години и нарастването на размера на БВП на страната, устойчивото повишаване на средствата за здравеопазване все още не водят до повишаване на относителния дял на тези средства като част от БВП, в т.ч. достигане до средните европейски стойности. Отчитайки регистрираните демографски тенденции за застаряване на населението, основен акцент с оглед ефективност на разходите следва бъде поставен върху прилаганите политики, свързани с дейностите по промоция, профилактика и ранна диагностика на заболяванията и дългосрочни грижи и интегрирани здравно-социални услуги в общността.

По мярка 2.1.2. Приемане на стандарти за финансиране на здравните дейности, които са ангажимент на държавата, гарантиращи ефективно и ориентирано към резултати разходване на средствата от държавния бюджет

През 2017 г. МЗ реструктурира програмите в Програмния бюджет на МЗ и актуализира целевите стойности на бюджетните дейности във второстепенните разпоредители с бюджет – центрове за спешна медицинска помощ, държавни психиатрични болници, центрове за трансфузионна хематология и др.

Актуализирана бе и Методиката за субсидиране на лечебните заведения, по която се субсидират дейности в лечебните заведения, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Въведени бяха указания за осигуряване на финансовата стабилност на болничните лечебни заведения.

За цялостно изпълнение на мярката е необходимо процеса да се интегрира към мярката за цялостно остойностяване на медицинските дейности, който да обхване и дейностите, заплащани със средства от държавния бюджет (*Виж мярка 2.1.9*).

По мярка 2.1.3. Подобряване на приходната част на здравното осигуряване чрез увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски и поетапно увеличаване на заплащането на размера на здравноосигурителните вноски за лицата, осигурявани от държавата

В резултат на провежданата правителствена политика и приетите законови промени, през 2017 г. (съгласно приетия Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г.), в приходната част на бюджета на НЗОК бяха заложили допълнителни приходи в рамките на 400 млн. лева

Цялостната реализация на мярката е свързана и с изпълнението на мерките за подобряване на качеството на предоставяните услуги от здравноосигурителния пакет, което би довело до по-висока мотивация на гражданите за участие в здравноосигурителната система. Мярката следва да бъде подкрепена и чрез политиките за социално включване и социална защита на лица, които сега са извън системата на задължителното здравно осигуряване поради финансови бариери, свързани с бедността и социалното изключване.

По мярка 2.1.5. Използване на средствата от европейските фондове и други международни фондове за финансиране на дейности, свързани с развитието на здравната система

През 2017 г. МЗ успешно финализира голям брой проекти, финансирани със средства от ЕС по оперативни програми от предходния програмен период и стартира подготовката на проекти по програмите от новия програмен период. Успешно бяха реализирани и проекти и програми с друго външно финансиране. *(Виж Раздел. Влияние на европейските и международните политики за реализация на целите на Националната здравна стратегия 2020.)*

По мярка 2.1.6. Използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на проекти, при които водещ критерий е общественият интерес

През 2017 г. не са реализирани дейности в рамките на публично-частно партньорство.

По мярка 2.1.7. Преструктуриране на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК и регламентиране на основен и допълнителен пакет здравни услуги, позволяващи планиране на ресурсите, гарантирани от системата на здравното осигуряване или други източници

Поради отмяна с решение на Конституционния съд на нормативното основание за издаване на наредбата за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, изготвената наредба, в която пакетът бе разделен на основен и допълнителен, бе отменена. Съобразявайки се с мотивите на Конституционния съд, който не оспорва законосъобразността на разделянето на пакетите, а само липсата на посочени в закона критерии, по които става това разделяне, МЗ подготви и внесе в Министерски съвет промяна в Закона за здравното осигуряване, в която бяха посочени обективни критерии за разделянето на двата пакета. Законопроектът бе приет от Министерски съвет и внесен в Народното събрание през м. септември 2016 г. До края на 2016 г. същият не бе внесен за разглеждане.

С цел преодоляване на празнината в нормативната уредба след решението на Конституционния съд през м. март 2016 г. МЗ утвърди Наредба № 2 за основния пакет здравни дейности, заплащани с бюджета на НЗОК, в която здравните дейности отново

бяха регламентирани в рамките на единен пакет. Последващото реализиране или отпадане на мярката зависи от решенията на Народното събрание, приело НЗС 2020.

В тази връзка може да се отбележи, че за подобряването на здравните показатели на населението в контекста на определените национални здравни цели при ограничени възможности за нарастване на здравните разходи е необходимо по-адекватно дефиниране на здравноосигурителното покритие и концентриране на ресурсите (финансови, човешки, инфраструктурни и др.) за обезпечаване на по-голям обем дейности, интервениращи върху основните здравни проблеми.

През 2017 г. беше обнародвано изменение в наредбата, с което бяха включени нови дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при частично или цялостно обеззъбени възрастни над 65 години в пакета „Дентална извънболнична медицинска помощ“. Причината за промените е фактът, че обемът на предоставяната на здравноосигурените лица дентална помощ е значително ограничен и не включва медицински дейности, свързани с възстановяване на дъвкателния апарат. С наредбата е въведено поетапно включване на пациентите, като за пациентите на възраст над 75 години наредбата влиза в сила от 1 юли 2017 г. За останалите групи пациенти – на възраст от 70 до 74 години и от 65 до 69 години, дейностите се предвижда да бъдат въведени съответно от 1 януари 2018 г. и 1 юни 2018 г.

Наредбата е обжалвана през Върховния административен съд и отменена на първа инстанция през м. октомври 2017 г., във връзка с което Министерство на здравеопазването предприе мерки за разработване на нова наредба, с която да бъде регламентиран пакетът от здравни дейности, които заплаща НЗОК.

По мярка 2.1.8. Регламентиране на спешен пакет дейности, заплащани от държавния бюджет

Изпълнението на мярката е пряко обвързано с реализацията на мярка 2.1.7. и приложението на медицински стандарт „Спешна медицина“ в частта за болнична помощ, като през 2017 г. не се предприети действия за реализация на мярката.

Лечението на спешните състояния в извънболнични условия и до хоспитализацията на пациентите и през 2017 г. се финансира от държавния бюджет. (Виж Политика 2.3.)

Липсата на регламентиран спешен пакет води до дисбаланси във финансирането на спешните отделения, както и до свръхнатоварване със случаи, които не са обект на спешна медицинска помощ.

По мярка 2.1.9. Подобряване на механизмите за остойностяване и финансиране на медицинските дейности, в т.ч. регламентиране на „цена на труда“ на медицинските специалисти, която да бъде включена като елемент на цената на дейностите

През 2016 г. бе създаден екип от експерти от МЗ и НЗОК, който да разработи изцяло нова система за прозрачно и обективно остойностяване на медицинските дейности и проект на стандарти за остойностяване на медицинските дейности, като елементи на които да се включат отделни стандарти за:

- ✓ преките разходи за диагностика и лечение на пациентите;
- ✓ разходите за труда на медицинските и други специалисти;
- ✓ административно-стопанските разходи.

През 2017 г. продължи събирането на база данни за разходите на лечебните заведения за нуждите на лечебно-диагностични процес (за медико-диагностични изследвания, лекарствени продукти и консумативи). Обобщени бяха данни и за административно-стопанските разходи на лечебните заведения.

За реализацията на мярката е необходимо активното съдействие на съсловните организации, които да разработят предложения в частта за остойностяване на труда на медицинските специалисти.

По мярка 2.1.10. Подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси и въвеждане на методите за оценка на здравните технологии

През периода 2015-2016 г. в областта на лекарствената политика бяха създадени нормативни предпоставки за подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси и въвеждане на методите за оценка на здравните технологии (*Виж Политика 2.2*)

Прилагането на тези механизми доведе през 2017 г. до положителни ефекти върху разходите на НЗОК и МЗ:

- ✓ от въвеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти от НЗОК. (*Виж мярка 2.2.1*)
- ✓ от създаване на механизъм за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък. (*Виж мярка 2.2.2*)
- ✓ от прилагане на механизмите за регулиране на цените на цените на лекарствените продукти:
 - за лекарствени продукти за домашно лечение по Приложение 1 на ПЛС, заплащани от НЗОК
 - за лекарствени продукти по Приложение 2, заплащани от НЗОК извън цените на клиничните пътеки (*Виж мярка 2.2.12*)
- ✓ от въвеждане на оценка на здравните технологии – по експертна оценка за недопуснатите в ПЛС нови технологии, които не отговарят на критериите за включване са „спестени“ над 60 млн. лв. за 5 годишен период. (*Виж мярка 2.2.14*)

По мярка 2.1.11. Въвеждане на механизъм и критерии за подбор на изпълнители на медицински услуги, на които се заплаща с публичен ресурс с цел гарантиране на потребностите на населението от качествена медицинска помощ

Ключова промяна, свързана с реализация на политиката, бяха направените през 2015 г. изменения в ЗЛЗ и ЗЗО, чрез които беше въведен механизъм за селективен подбор от страна на НЗОК на изпълнители на болнична помощ в областите, в които има излишък на болнични легла съгласно Националната здравна карта.

Критериите и по реда, по който да се осъществява изборът, бяха определени с Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори, приета с ПМС № 45 от 09.03.2016 г. Съгласно наредбата изборът на лечебно заведение, с което НЗОК да сключи договор, в случаите когато капацитетът на болничните заведения надхвърля определените в Националната здравна карта потребности, се осъществява въз основа на оценка по пакет от критерии и последващо класиране на база резултатите от оценяването. (*Виж м. 2.5.3*). С наредбата и свързаната с нейното приложение Национална здравна карта за пръв път през 2016 г. бе въведен действащ механизъм за планиране и осигуряване на медицинските дейности, заплащани с публичен ресурс на териториален принцип, съобразно потребностите на населението и нуждите на националната система на здравеопазване.

Наредбата, както и Решението на Министерски съвет за утвърждаване на Националната здравна карта бяха обжалвани и отменени от Върховния административен

съд през 2017 г., във връзка с което Министерство на здравеопазването предприе мерки за разработване на нова наредба и Национална здравна карта.

По мярка 2.1.12. Обвързване на финансирането с оценка на качеството на медицинските дейности и удовлетвореността на пациентите

С цел подобряване на контрола на качеството на медицинска помощ, финансирана от НЗОК през 2015 г. в Закона за здравето осигуряване бе създадена правна регламентация за съвместен контрол върху изпълнителите на медицински дейности от всички отговорни институции и организации – районите здравноосигурителни каси, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, регионалните здравни инспекции и съсловните организации на различните медицински специалисти. Възстановен бе и статута на арбитражни комисии, в които да се разглеждат резултатите от контрола.

В съответствие с целенасочената политика на МЗ и създадената законодателна база, продължи започналия през 2016 г. процес на оптимизация на система за контрол на НЗОК върху изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с нея, разширявайки капацитета и функционалните взаимодействия между РЗОК и ЦУ на НЗОК.

За прилагане на законодателните механизми в практиката през 2016 г. МЗ разработи Методика за проучване на удовлетвореността на пациентите, която бе въведена с Наредба № 10 от 02.12.2015 г. за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от Националната здравноосигурителна каса. Чрез въведената методика на базата на утвърдени въпросници се създаде възможност пациентите да оценяват и контролират предоставяните им медицински дейности. Наредбата предвижда възможност за санкции при доказано неправомерно взимане на средства, фалшифициране на документация и отказ от лечение. Останалата част от въпросите се използват за формулиране на препоръки за подобряване на работата на лечебните заведения на база на получената обратна връзка от пациентите. Наредбата беше обжалвана през Върховния административен съд и отменена през 2017 г.

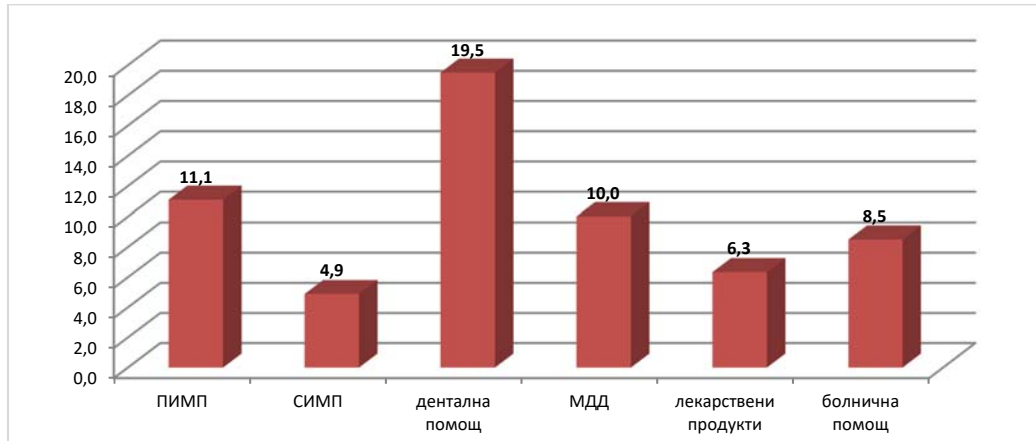
С цел осигуряване на обективни критерии за оценка на резултатите от проведеното болнично лечение в наредбата за пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК, бяха дефинирани критерии за контрол на здравето състояние на пациента при дехоспитализацията. Във връзка с това бяха актуализирани част от действащите медицински стандарти по водещи медицински специалности – Медицинска онкология, Педиатрия, Гръдна хирургия, Ревматология, Ушни, носни и гърлени болести, Обща и клинична патология и др. През 2017 г. бяха обнародвани медицинските стандарти по Спешна медицина и Ортопедия и травматология и стартира и дейността на работните групи за изготвяне на медицинските стандарти по Акушерство и гинекология, Образна диагностика, Гастроентерология, Трансфузионна хематология, Кардиология, Неврохирургия, Урология и Хирургия.

По мярка 2.1.13. Подобряване на структурата на разходите по видове медицинска помощ с постепенно балансирано увеличение на средствата и относителния дял на разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и намаление на относителния дял на разходите за болнична помощ и лекарствени продукти

Изготвения през 2016 г. Закон за бюджета на НЗОК за 2017 г. ясно показва приоритетите на държавната здравна политика за развитие на системата за извънболнична помощ (първична и специализирана медицинска и дентална помощ и

медико-диагностична дейност), с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията. (Фиг. 109)

Фигура 109. Увеличението на планираните средства за здравноосигурителни плащания в ЗБНЗОК 2017 г. спрямо ЗБНЗОК 2016 г. в %



Най-голямо е планираното за 2017 г. увеличение на средствата за извънболнична дентална помощ – с 19,5%.

Планираните за 2017 г. средства за първичната извънболнична медицинска помощ са увеличени с 11,1 % спрямо Закона за бюджета на НЗОК за 2016 г. Планираните за 2017 г. средства за специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) бяха увеличени с почти 5% спрямо ЗБНЗОК за 2016 г. Във връзка със заложените в нормативната уредба нови ангажименти на системата за извънболничната медицинска помощ са планирани средства за медико-диагностичната дейност с 10 % повече спрямо ЗБНЗОК за 2016 г. (Виж Политика 2.4.)

Въпреки това в структурата на здравноосигурителните плащания не настъпват съществени промени и плащанията за болнична помощ формират почти половината от всички планирани плащания, а заедно с разходите за лекарствени продукти формират 76 % от планираните плащания.

Последващата реализация на мярката изисква продължаване на мерките по разширяване на обхвата на дейностите, осъществявани в извънболничната помощ и прегрупиране на финансовите ресурси с фокус върху промоцията и профилактиката на болестите.

По мярка 2.1.14. Създаване на финансови модели и механизми за пренасочване на средства към нови форми на обслужване на пациентите – амбулаторна диагностика и лечение, дългосрочни грижи, продължително лечение и палиативни грижи

През 2016 г. в регламентирания основен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, за първи път бяха въведени голям брой „амбулаторни процедури“ за лечение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение и бе създадена възможност всяка клинична пътека с престой до 3 дни да може да бъде изпълнена и приключена като амбулаторна процедура, когато при конкретни пациенти липсва медицинска целесъобразност от продължение на болничното лечение след изпълнен лечебно-диагностичен алгоритъм и постигнат здравен резултат преди договорения минимален престой.

Допълнителен механизъм за реструктуриране на болничния капацитет и свързаните с него ресурси бе въведената Национална здравна карта, регламентираща потребностите от болнични легла по видове медицински дейности.

Следва да се отбележи, че за цялостно реализиране на мярката е необходимо създадените нормативни предпоставки да бъдат доразвити чрез последващо поетапно извеждане на болнични дейности за диагностика и активно лечение в амбулаторни условия, както и разширяване на дейностите по продължително лечение и дългосрочни грижи.

Важно условие е и ефективното прилагане на тези механизми в хода на договорния процес и определянето на цените и обемите на съответните дейности, заплащани от НЗОК, както и осигуряване на допълнителни източници за финансиране на дейности по дългосрочни грижи като интегрирани здравно-социални услуги.

По мярка 2.1.15. Провеждане на информационни кампании за повишаване на доброволното изпълнение на задължения за здравноосигурителни вноски на самоосигуряващи се лица

През 2017 г. не са реализирани дейности в изпълнение на мярката.

По мярка 2.1.16. Подкрепа за политиката на НАП за увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски

През 2016 г. и 2017 г. МЗ и НЗОК осъществяваха активна комуникация и съдействие на НАП за анализиране на проблемите и подкрепа на възможните решения за увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски.

ПОЛИТИКА 2.2. КАЧЕСТВЕНИ, ЕФЕКТИВНИ И ДОСТЪПНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ

Националната здравноосигурителна каса има ключова роля при провеждане на адекватна лекарствена политика, насочена към осигуряване на качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти за здравноосигурените лица, спазвайки принципите на солидарност при ползването на средствата за лекарствени продукти, заложен в бюджета и равен достъп до съвременни лекарствени терапии.

Основен подход за изпълнение на политика 2.2 от Националната здравна стратегия (2014-2020) - Осигуряване на качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти е поетапно реализиране на дейности по набелязаните мерки за осъществяването на основните ѝ цели.

През 2017 г. Националната здравноосигурителна каса предложи законодателни промени и въведе в изпълнение заложените в тях процедури, които са в посока ефективно разходване на публичните средства и финансова устойчивост и предвидимост на заложените бюджетни средства.

По отношение реализацията на **Политика 2.2 „Осигуряване на качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти“** бяха предприети комплексни мерки:

По мярка 2.2.1. Въвеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени заболявания, лекарствени продукти за домашно лечение, както и за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща в изпълнение на национални програми със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването, с цел ефективно разходване на средствата

В компетенциите на НЗОК е да реализира икономии на средства чрез договаряне на отстъпки, на основание чл. 21, ал. 1 от НАРЕДБА № 10 от 24.03.2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и т. 2 от Закона за

лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето, във връзка с чл. 45, ал. 10 и 19 от Закона за здравното осигуряване за следните лекарствени продукти:

1. лекарствени продукти от ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 1 ЗЛПХМ, за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват лекарствени продукти на други притежатели на разрешение за употреба;
2. лекарствени продукти от ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 2 ЗЛПХМ, за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват лекарствени продукти на други притежатели на разрешение за употреба, и включени в пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК, предназначени за лечението на злокачествените заболявания и заплащани в болничната медицинска помощ извън стойността на оказаните медицински услуги;
3. лекарствени продукти с ново международно непатентно наименование, за които е подадено заявление за включване в ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 1 ЗЛПХМ и ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 2 ЗЛПХМ, когато тези лекарствени продукти са включени в пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК, предназначени са за лечение на злокачествени заболявания и подлежат на заплащане в болничната медицинска помощ извън стойността на оказаните медицински услуги.

Договарянето се провежда с притежателите на разрешенията за употреба на съответните лекарствени продукти или с техни упълномощени представители, като в резултат от тази дейност на НЗОК са договорени и възстановени от ПРУ през 2017 г. допълнителни средства и е реализирана икономия.

С изменение и допълнение на Наредба № 10 за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и т. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето/2009 г. (Наредбата) в сила от 15.08.2015 г. се приеха условия, ред и критерии за провеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки от лекарствени продукти, включени или за които е подадено заявление за включване в ПЛС по чл. 262, ал.6, т.1 и т.2. НЗОК договаря отстъпки с Притежателите на разрешителни за употреба (ПРУ) или техни упълномощени представители (УП). Отстъпки се договарят за лекарствени продукти, чиято стойност, заплащана от НЗОК си изчислява чрез групиране, в което не участват лекарствени продукти на други ПРУ, както и на лекарствени продукти с ново Международно непатентно наименование (INN). След проведено централизирано договаряне и прилагане на механизма за предоставяне на отстъпки под формата на компенсации за 2016 г. в бюджета на НЗОК са постъпили 87 222 510 лв.

Въведените с този механизъм критерии за предоставяне на отстъпки и прилагането им не доведоха до балансиране на разходите за лекарствени продукти и овладяване на темпа на нарастването им. .

С предложено и прието изменение и допълнение на Наредбата в сила от 07.11.2017 г. се разшириха условията и критериите за договаряне на отстъпки под формата на компенсации и за отстъпки от цена при кандидатстване на включване в ПЛС лекарствен продукт с нов INN. Причините, които наложиха въвеждането на допълнителни механизми са свързани мерките, които следва да бъдат предприети с оглед оптимизиране разходите от бюджета на НЗОК за лекарствени продукти. Целта е задържане на разходите, както и преодоляване на евентуален дефицит в условията на непрекъснато увеличаващ се техен ръст.

Промяната въвежда:

- Регламентиране на допълнителна отстъпка за лекарствени продукти с нови INN, извън вече установената, дължима при надвишаване на прогнозните годишни разходи за лекарствения продукт за всяка съответна година

Включването в ПЛС и заплащането със средства от бюджета на НЗОК на лекарствени продукти с нови INN се явява ежегодно една допълнителна финансова тежест, чието частично компенсиране би се постигнало с въвеждане на механизъм, което има за цел споделяне на финансовия риск от прилагането на новата технология;

- Регламентиране на допълнителна отстъпка при общ ръст на разходите на НЗОК за лекарствените продукти не по-малък от 3% за съответната година спрямо предходната, изчислен след приспадане на всички договорени отстъпки и дължима само от ПРУ, формирали този ръст.

Тази мярка е въведена като компенсаторен механизъм, както и за постигане на дисциплиниращ и възпиращ ефект при разхода за лекарствените продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК. С прилагането ѝ се разпределя по-справедливо тежестта на отстъпките, тъй като единствено ПРУ, формирали ръста, са ангажирани частично да компенсират разхода, формирал този ръст.

-Въвеждане на изключение от принципа за задължителен минимален размер на отстъпките по чл.21, ал.1, т.1, б.“а“ в размер на 10%, чиято цел е да се гарантира достъпа и непрекъснатостта на лечението на здравноосигурените лица с лекарствени продукти с добре установена употреба в медицинската практика. за които е налице обективна невъзможност за предоставяне на отстъпка в размер не по-малък от 10%.

Целта е да се предотвратят случаите, при които здравноосигурените лица са лишени от безалтернативна лекарствена терапия.

В изпълнение на заложените комплекс от механизми за договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, заплащани от НЗОК, за 2017 г. възстановените средства в бюджета възлизат на 166 763 197лв.

Дейностите в изпълнение на заложените в Наредбата механизми за договаряне на отстъпки имат за цел да стимулират рационалната лекарствена употреба и генеричната лекарствена политика, като същевременно позволяват навлизането на нови лекарствени технологии и балансиране на разходите в бюджета на НЗОК.

Създаване на механизъм за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък

За лекарствен продукт с ново международно непатентно наименование, за който е подадено заявление за включване в ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 1 или 2 ЗЛПХМ, е създаден механизъм за задължително договаряне на отстъпка от заявената за образуване цена по чл. 8, ал. 2 от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти съобразно прогнозния бюджет на НЗОК за съответния договорен период. Размерът на отстъпката се договаря в съответствие с доклада за оценка на здравните технологии, изготвен и утвърден по реда на наредбата по чл. 262, ал. 4 ЗЛПХМ. Договарянето на отстъпката е условие за включване на лекарствения продукт в ПЛС съгласно чл. 262, ал. 10 ЗЛПХМ и не се счита за проведено задължително договаряне на отстъпки като условие за заплащането му от НЗОК. Процентът на отстъпката се запазва след утвърждаване на цена на лекарствения продукт, както и при нейна промяна.

Пряк финансов ефект за бюджета на НЗОК се наблюдава и при намаляване на цените на лекарствените продукти, респ. стойността, заплащана за тях от НЗОК, по реда на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти. В резултат на промяна на цени на лекарствени продукти в съответното международно непатентно наименование или включване на нови

лекарствени продукти с по-ниска цена, се прилага вътрешно рефериране и настъпват промени в заплащането на лекарствени продукти в групата.

Механизмът за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) е регламентиран с Изменение и допълнение на Наредбата, в сила от 14.08.2015 г. и допълнен с нейното изменение и допълнение, в сила от 07.11.2017 г.

Лекарствените продукти, принадлежащи към Ново международно непатентно наименование (INN), които кандидатстват за включване в ПЛС, договарят с НЗОК финансови параметри, които гарантират ефективно разходване на публичните средства и прогнозируемост на финансовите разходи в три годишен период. Това обикновено са иновативни, високотехнологични лекарствени продукти, таргетни терапии и лекарствени продукти предназначени за персонализирано лечение. При навлизането на новите здравни технологии фокуса на НЗОК е върху стойността – както клинична и така и икономическа, като анализът е сравнителен спрямо съществуващата или най-добрата към момента алтернатива.

Заплащането на тези лекарствени продукти със средства от бюджета на НЗОК традиционно формира най-голям ръст на разходите. С въведената пред 2017 г. скала на отстъпки от ПРУ при надвишение на прогнозните годишни разходи на НЗОК се постига дисциплиниращ и възпиращ ефект при съблюдаване на прогнозните годишни разходи, заложи в договорите между ПРУ/УП и НЗОК. Чрез нея се постига и относителна предвидимост и устойчивост в разхода на НЗОК за лекарствените продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК. През 2016 г. НЗОК заплаща 30 нови INN, а през 2017 г. – 6.

Въведения механизъм за договаряне на финансови условия при включване в ПЛС на нови INN подпомага вземане на решенията за реимбурсиране на терапевтично ефикасни и разходно-ефективни лекарствени продукти като едновременно гарантира баланс между: от една страна достъп на пациентите до иновативни лекарствени терапии и от друга: икономическа стабилност, предвидимост и ефективност на разходите.

По мярка 2.2.2. Разработване и внедряване на фармакотерапевтични ръководства, които са основа за обучението на специалистите, за предписването, доставката и реимбурсирането на лекарствени продукти;

Рационалната лекарствена употреба е подкрепена от въведеното нормативно изискване за разработване на фармако-терапевтични ръководства и въвеждането им в практиката. Като резултат през 2017 г. НСЦРЛП е приел 2 нови фармако-терапевтично ръководство по ендокринология и болести на обмяната и Фармако-терапевтично ръководство по кожни и венерически заболявания. Така с приетите през 2015 г. и 2016 г. фармако-терапевтични ръководства: Фармако-терапевтично ръководство по очни болести; Фармако-терапевтично ръководство по гастроентерологични заболявания; Фармако-терапевтично ръководство по нефрология и диализа; Фармако-терапевтично ръководство по психични заболявания; Фармако-терапевтично ръководство по нервни болести, Фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология, общият брой на утвърдените ръководства по медицински специалности през 2017 г. са 10 бр.

По мярка 2.2.3. Поетапно въвеждане на оценка на здравни резултати при решение за заплащане на лекарствени терапии и други здравни технологии с публични средства (НТА)

С цел осигуряване на достъпа на пациентите до нови здравни технологии и обективизиране на вземането на решенията относно включването им в ПЛС на базата на оценката на здравните ползи, фармако-икономическите показатели и оценка на

въздействието върху бюджета на плащащите институции, бе стартиран процеса по оценка на здравните технологии.

Извършването на ОЗТ стартира в България в изпълнение на Наредба № 9 от 2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии (обн., ДВ, бр. 97 от 2015 г.).

Според наредбата, оценката на здравните технологии се извършва задължително за лекарствените продукти, принадлежащи към ново INN, което не е включено в съответното приложение на ПЛС.

На интернет страницата на НЦОЗА е създадена специална директория с множество секции на комисията по ОЗТ, където са публикувани всички нормативни документи във връзка с процеса и одобрените доклади за приключилите процедури по ОЗТ.

Оценката на здравните технологии е както форма на политика в областта на научните изследвания, която проучва краткосрочните и дългосрочните резултати, свързани с прилагането на здравните технологии, и има за цел да предостави информация относно алтернативните здравни стратегии, така и мултидисциплинарна дейност, която систематично оценява техническите характеристики, безопасността, клиничната ефикасност и ефективност, разходите, стойността ефективност, организационните, социалните, правните и етичните последици от прилагането на лекарствени продукти в здравеопазването и се фокусира върху стойността – клинична и икономическа, като анализът е сравнителен спрямо съществуващата или най-добрата към момента алтернатива.

Основните критерии за оценка на здравните технологии включват множество показатели за ефикасност, ефективност, фармакоикономически, бюджетно въздействие и др.

С въвеждането на оценка на здравните технологии се цели обективен научен анализ на фармакоикономическото въздействие при прилагането на дадена здравна технология, алтернативата, която ще бъде заместена от въвеждането ѝ, както и оценка на влиянието върху публичните разходи при прилагането на тази технология. Това позволява на регулаторните органи да вземат информирани решения относно включването на даден лекарствен продукт в Позитивния лекарствен списък, както и при определяне на реимбурсната му цена. Резултат от прилагането на оценката на здравните технологии са повишаване качеството на лечението на българските граждани и рационалната лекарствена употреба, което ще доведе до оптимизиране на публичните разходи.

По мярка 2.2.4. Насърчаване на рационалната лекарствена употреба в лечебните заведения и аптеките

Изготвя се при необходимост на база на извършен анализ съобразно предоставената информация в Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти за заплатените лекарствени продукти, включени в ПЛС по чл. 6, ал. 2, т. 2. от лечебните заведения по чл. 5 от Закона за лечебните заведения и лечебните заведения с държавно и/или общинско участие по чл. 9 и 10 от Закона за лечебните заведения използвана при изготвянето и актуализирането на ПЛС.

Дейности по мярката:

Продължаващо обучение на медицинските специалисти, ориентирано към рационална и безопасна употреба на лекарствени продукти

Индикатори за мониторинг - Брой проведени обучения; Брой обучени лица

№	Проведени обучения	Брой обучени лица
1.	Изнесени лекции на две групи студенти по „Фармация“ в областта на „Проследяване на лекарствената безопасност“	50
2.	Изнесен доклад „Получени постваксинални нежелани лекарствени реакции“ на Годишната среща по ваксинапрофилактика , организирана от Българска педиатрична асоциация	100 участника
3.	Изнесен доклад “Докладване на нежелани лекарствени реакции от пациенти“ на годишната среща на Федерация Български пациентски форум	100 участника
4.	Участие на ИАЛ в образователната кампания за повишаване на осведомеността относно нежеланите лекарствени реакции, проведена по идея и под координацията на Работната група на комуникационните специалисти (Working Group of Communication Professionals, WGCP) към НМА чрез разпространяване на кратки анимационни клипове, разработени от UMC (Uppsala Monitoring Centre), Швеция. Кампанията е проведена в дните от 20-24 ноември 2017 чрез интернет страницата на ИАЛ	Целеви групи: <ul style="list-style-type: none"> • пациенти; • фармацевти, които отпускат лекарствата и извършват консултации за правилната им употреба; • всички, които купуват лекарства без лекарско предписание; • широката общественост
5.	Публикувани на интернет страницата на ИАЛ материали във връзка със Световната седмица, посветена на осведомеността за отговорно прилагане на антибиотиците	Неограничен кръг
6.	Разработена информационна брошура „Пътят на лекарствата – истини и факти“. Брошурата има за цел да запознае пациентите с основните етапи в разработването на лекарствата - от изследователските лаборатории до пускането им на пазара, като изяснява на достъпен език същността на генеричните лекарства и тяхното значение за рационалната и ефективна фармакотерапия.	
6.	Участие в създаване на брошура за пациенти „Какво знаем и какво не знаем за нежеланите лекарствени реакции“	
7.	Предоставяне на отговори на въпроси, свързани със символа за допълнително наблюдение – черен триъгълник за списание „Практическа педиатрия“	

За заболявания, при лечението на които се прилагат лекарствени продукти, които се назначават след експертиза от комисията по чл. 78, т. 2 от ЗЗО, НЗОК разработва изисквания на НЗОК за едно или повече заболявания. Те по същество представляват алгоритъм за терапевтично поведение и съдържат медицински критерии при назначаване на определена терапия.

За 2017 г. НЗОК е разработила 3 нови изисквания:

„Изисквания на НЗОК за лечение при пациенти с чиста (фамилна) хиперхолестеролемия в извънболничната помощ“

„Изисквания на НЗОК при лечение със Sacubitril, Valsartan на симптоматична хронична сърдечна недостатъчност с намалена фракция на изтласкване в извънболничната помощ“.

Именение на изискванията за лечение с директно действащи антивирусни лекарствени продукти на Хепатит С

Изискванията не представляват механизъм за реално намаление на разходите, а са медицински поглед върху целесъобразното разходване на средства, като същите не съдържат ограничаващи параметри за обеми и стойности. Наред с фармакотерапевтичните ръководства, Изисквания на НЗОК с включени медицински

критерии за съответните заболявания представляват методологична подкрепа при назначаването на лекарствени терапии от комисии в медицинските заведения

Популяризиране на концепциите за основни лекарства, рационална употреба и генерична лекарствена политика

Изпълнителната агенция по лекарствата в изпълнение на Двугодишното споразумение между Министерството на здравеопазването и Регионалния офис за Европа на Световната здравна организация разработи информационна брошура, озаглавена „Пътят на лекарството – истини и факти“. Тя има за цел да запознае пациентите с основните етапи в разработването на лекарствата - от изследователските лаборатории до пускането им на пазара, като изяснява на достъпен език същността на генеричните лекарства и тяхното значение за рационалната и ефективна фармакотерапия.

Продължаващо следдипломно обучение на медицинските специалисти, ориентирано към рационална и безопасна употреба на лекарствени продукти

Целта на непрекъснатото професионално усъвършенстване е следната:

- да отговори на нуждите от знания на фармацевтите с цел адекватно информиране на гражданите за лекарствените и други продукти, предлагани в аптеките;
- да отговори на изискванията за Добра Аптечна Практика;
- да поддържа постоянно високо ниво на компетентност на фармацевтите за новите терапевтични методи и продукти;
- да разшири практическите познанията на фармацевтите по комуникации, предоставяне на съвети на пациентите, маркетингови техники и други необходими;
- да въведе система за оценка на компетентността на фармацевтите през целия им професионален живот
- да издигне продължаващото обучение на магистър фармацевтите от продуктово ориентирано към обучение, ориентирано към предоставяне на фармацевтични грижи

Влезли в сила от 01.01.2015 г., Правила за провеждане на продължаващото обучение, приети с решение на Комисията по качество на БФС. Изменени и допълнени с Протокол № 97/14.05.2017 от редовно разширено, заседание на УС на БФС.

С Правила се осъвременява системата за провеждане на продължаващо обучение на магистър-фармацевти във връзка с необходимостта да се отговори на динамичните промени в социално-икономическата среда и развитието на технологиите. Чрез тях се цели да се отговори на нуждите от знания и да се подпомогне поддържането на традиционно високото ниво на компетентност на фармацевтите по отношение на грижата за пациента, като в същото време насочва вниманието към нови области на научното познание. Наред с това се въвеждат принципи, които внасят допълнителни гаранции за етичната същност на продължаващо обучение и разграничаването на научната информация от тази свързана с маркетингови активности касаещи, конкретно предприятие и/или продукт и/или услуга.

В тази връзка Комисията по качество е разработила и утвърдила програми за продължаващото обучение на магистър-фармацевтите.

Осигуряването на обективна лекарствена информация

В компетентността на Изпълнителната агенция по лекарствата е дейността по разрешаване употребата на лекарствени продукти на територията на България въз основа на извършена експертна оценка на качеството, безопасността и ефикасността им.

Изпълнителната агенция по лекарствата продължи да изгражда репутацията на България като референтна държава в международните процедури за разрешаване за употреба на лекарствата.

Прилагане на финансови, законодателни и управленчески стимули за подпомагане на рационалната лекарствена употреба

Извършвана регулярна преоценка на включените в списъка продукти по критериите, по които същите са включени за реимбурсиране чрез процедура по поддържане на реимбурсния статус на лекарствените продукти на всеки три години от включването им в Позитивния лекарствен списък. При поддържане на реимбурсния статус, оценката на лекарствените продукти се извършва въз основа на доказателства за ефикасност, терапевтична ефективност, безопасност и анализ на фармако-икономически показатели.

Въведено изискване противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, да се прилагат по назначените схеми, като пациентите се приемат във времеви график, който гарантира най-малък излишък на формите за инфузия. За терапиите, при които се назначават лекарствени продукти съобразно телесното тегло и/или телесната повърхност на пациента, НЗОК заплаща за количеството от тези лекарствени продукти, изчислено на база средна стойност на средностатистическото телесно тегло на мъж или жена.

Въведено изискване в Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти: Лекарствени продукти, за които не са представени доказателства за терапевтична ефективност и/или съотношението разход-резултат е стойностно неефективно, се включват в съответното приложение на ПЛС с изискване за проследяване на ефекта от терапията по условия и критерии, определени от НСЦРЛП. Този механизъм се прилага само за лекарствени продукти, които попадат в обхвата на дефинициите на Европейската агенция по лекарствата за високотехнологични продукти, като за тях е необходимо да се генерира допълнителна информация за ефективност и безопасност.

Проследяването на ефекта от терапията е начин за събиране на информация за ефекта от дадено лечение в реалната практика. То се извършва от университетски болници и лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, в които има структури по профила на заболяването със съответното ниво на компетентност.

Изричното определяне на кръга от лечебни заведения е продиктувано от факта, че се касае за иновативни таргетни лекарствени продукти, които са предназначени за ограничен брой пациенти с онкологични заболявания с доказани специфични генетични мутации, лечението на които изисква високоспециализирана медицинска компетенция и оборудване. Концентрирането на пациентите в университетските болници, получили високи акредитационни оценки, гарантира, че пациентът ще получи най-доброто за него лечение, а държавата ще разходи публичните средства най-рационално. Същевременно университетските болници ще събират данните от лечението на всеки пациент и по този начин утвърждават принципите на медицината, базирана на доказателствата.

Популяризиране на ползите от съобщаването на нежелани лекарствени реакции и активно включване на медицинските специалисти в процеса

И през 2017 г. продължават усилията в областта на повишаване на съобщителната активност за нежелани лекарствени реакции като част от политиката за повишаване на информираността на обществото по отношение на употребата на лекарствата.

В тази връзка част от отговорностите на ИАЛ включват приемане и оценка на съобщения за нежелани лекарствени реакции (НЛР). В тази връзка през 2017 г.

Комисията за оценка на риска в проследяване на лекарствената безопасност предостави препоръки за позицията на Р. България при разглеждане на международни процедури в рамките на съвещанията на Комитета за оценка на риска в проследяване на лекарствената безопасност - PRAC към Европейската агенция по лекарствата.

През 2017 г. са изнесени две лекции, свързани с проследяването на лекарствената безопасност пред студенти по фармация. Изготвена и представена е презентация за притежателите на разрешения за употреба в рамките на обучителен курс по проследяване на лекарствената безопасност на Българската асоциация по лекарствена информация (БАЛИ). Изнесена е лекция за съобщаване на нежелани лекарствени реакции пред пациентски организации.

Изработване и приемане на програми, насочени към насърчаване на рационална лекарствена употреба и фармацевтични грижи в аптеките

Въвеждане на индикатори за проследяване на рационалността на лекарствената употреба

Провеждане на прозрачна ценова политика

По отношение на провеждане на прозрачна ценова политика основна роля има Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (НСЦРЛП).

Като резултат от активната дейност на НСЦРЛП, през 2017 г. в ПЛС са включени 48 лекарствени продукти, които принадлежат към 32 нови международни непатентни наименования (INN) в следните терапевтични области: гастроентерология, пулмология, кардиология, офталмология, гинекология, ревматология, психиатрия, неврология, ендокринология, хематология, онкология, нефрология и инфекциозни болести.

През 2017 г. Националният съвет по цени и реимбурсиране е разгледал 173 процедури за изключване на ЛП от ПЛС, като от тях 77 процедури са прекратени.

От всички изключени лекарствени продукти от ПЛС, най-голямата група са предназначени за лечение на онкологични заболявания и неврологични заболявания. Втората група е тази на ЛП, предназначени за лечение на сърдечно-съдови заболявания, следвани от ЛП от групата на антиинфекциозните лекарства. От всички изключени ЛП 53 са носители на референтна стойност. Тридесет и три лекарствени продукта, които са заличени от ПЛС са били единствени със съответната лекарствена форма и концентрация, но Международното непатентно наименование продължава да присъства в ПЛС.

Заличени от ПЛС са 11 международни непатентни наименования, като 5 от тях са вписани в Регистъра на пределните цени, отпускани по лекарско предписание и по този начин са налични на пазара.

Терапевтичните области на изключените международни непатентни наименования са разнообразни – гастроентерология / лечение на пептична язва, лечение на хроничен вирусен хепатит С (СНС)/, онкология / карцином на пикочния мехур, аденокарцином на млечната жлеза/, неврология /болка, възстановяване от невромускулна блокада/, антиинфекциозни и антимикотични средства, кардиология /намалява риска от инфаркт при пациенти с нестабилна стенокардия/, като нито един от заличените INN не е без алтернатива за лечение на съответното заболяване.

Най-честите причини за изключване на лекарствени продукти и заличаване на цената са прекратяване на разрешението за употреба, спиране на производството им, неподдржане на реимбурсен статус и намаляване на цената на ЛП вследствие външното рефериране.

Публичност при отчетността и контрола на разходите за лекарствени продукти с публични средства

Отговорност на Министерство на здравеопазването е да осигури лекарствени продукти за лечение на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Един от ангажиментите на Министерство на здравеопазването през отчетния период е осигуряването на лекарствени продукти за лечение на пациенти със СПИН, туберкулоза, психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост и радиофармацевтици по реда на Наредба № 34/2005г.

През периода е гарантирано своевременното осигуряване на населението, съобразно здравните потребности с лекарствени продукти и медицински изделия, отговарящи на международните стандарти за качество, ефективност и безопасност при употреба, съобразно законодателството и нормативната уредба.

Провеждана е рационална лекарствена терапия, основана на добри клинични практики.

В резултат на успешно приключилите процедури по реда на ЗОП с предмет „Доставка на лекарствени продукти, отпускани по реда на Наредба 34/25.11.2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет за лечението на български граждани за заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване“ и „Доставка на радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори за 2017 г., отпускани по реда на Наредба 34/25.11.2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет за лечението на български граждани за заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване“, през 2017 г. са сключени 14 броя договори за централни доставки на 39 лекарствени продукти и 3 бр. договори за 25 медицински изделия.

Изготвени са 77 броя договори, съгласно утвърдените критерии с лечебни заведения, одобрени за крайни получатели по реда на чл. 26 от Наредба № 34 от 25 ноември 2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за лечение на пациенти със СПИН, туберкулоза, психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост. Осъществено е разпределяне, преразпределение и контрол върху централните доставки на лекарствени продукти и медицински изделия за лечебните заведения, крайни получатели по реда на Наредба № 34/2005г., като са изготвени 165бр. заявки-разпределения за лекарствени продукти и медицински изделия.

По реда на Наредба № 34 от 2005 г. са осигурени и необходимите за лечение и диагностика радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори, а именно:

- Лекарствена терапия на пациенти със СПИН

През 2017 г. Министерство на здравеопазването е осигурило лечение на 1198 ХИВ положителни пациенти със СПИН. Антиретровирусната терапия включва лекарствени продукти от Приложение № 3 на ПЛС. Лекарствените продукти са осигурили напълно терапевтичните режими както от първа линия, така и от втора линия при резистентни пациенти.

- Лекарствена терапия на пациенти с туберкулоза

През 2016 г. Министерство на здравеопазването е осигурило лечение на 1462 пациенти с туберкулоза. Терапията за туберкулоза се провежда с лекарствени продукти от Приложение № 3 на ПЛС, представляващи основни туберкулостатици, участващи в базисни терапевтични режими.

- Лекарствена терапия на пациенти с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост

По реда на Наредба № 34 от 2005 г. Министерство на здравеопазването е осигурило лекарствения продукт Methadone за лечение на 2492 пациенти с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди.

Осигуряване на радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори.

През 2017 г. Министерство на здравеопазването е осигурило радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори, предназначени за терапия и диагностика на онкологични, хематологични, ендокринологични и други заболявания.

НЗОК осъществява своята дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски с цел закупуване на здравни дейности за здравноосигурените лица. В тази нейна роля тя разпределя съществен финансов ресурс, голяма част от който се използва за заплащане на предписани и отпуснати лекарствени продукти, което обуславя и сериозния обществен интерес по отношения отчетността и контрола на разходваните публични средства. В изпълнение на тази мярка, ежемесечно на интернет страницата на НЗОК се обявяват заплатените лекарствени продукти по международни непатентни наименования, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

В изпълнение на един от принципите на приетата Национална здравна стратегия 2020, от началото на 2017 г. изготви Списък с лекарствени продукти за лечение на есенциална хипертония с ниво на заплащане 100 %, с което подобри достъпа на българските пациенти с есенциална хипертония, представляваща водещ рисков фактор за развитие на социално значимите сърдечно - съдови заболявания., което направи по-ефективно лечението на здравноосигурените лица.

НЗОК отчита своята роля в провеждането на единна лекарствена политика по осигуряване на качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти и ръководейки се от това, насочва своите усилия в посока постигане на баланс между нуждите на здравноосигурените лица от съвременни лекарствени терапии и рационално разходване на ограничения публичен ресурс.

ПОЛИТИКА 2.3. РАЗВИТИЕ НА ИНТЕГРИРАН МОДЕЛ НА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

В основата на политиката е залегнала концепцията за изграждане на интегриран модел на система от лечебни заведения, осигуряващ равнопоставен достъп на населението до спешна медицинска помощ, съответстваща на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, непрекъснатост, достатъчност, качество и безопасност.

Основна отправна точка за преодоляването на съществуващите дисбаланси в осигуреността на населението и интегрирането на отделните функционални елементи на системата, според стратегията, следва да е въвеждането и прилагането на Националната здравна карта, в която да определи териториалното разпределение на спешните структури в извънболничната и болничната помощ.

Картата на системата за спешна медицинска помощ трябва да регламентира необходимата архитектура на системата по начин, който осигурява равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ при обективни критерии за време на достигане и ниво на обслужване на спешните случаи.

Това предполага цялостно реструктуриране на централите за спешна медицинска помощ чрез преразпределение на районите на обслужване на мобилните екипи и изграждане на мрежа от филиали, разполагащи с възможности за оказване на определено ниво на спешна медицинска помощ на място.

В болничната част на системата се указва да бъдат определени лечебните заведения, отговорни за осигуряването на безотказен прием на спешни пациенти, в т.ч. специализирани спешни центрове (травмацентрове; кардиоцентрове, мозъчно-съдови центрове, токсикологични центрове и др.) на областно, регионално и национално ниво.

В стратегията се посочва, че всички структури на системата за спешна помощ, трябва да бъдат подкрепени с инвестиции в инфраструктурата, осигуряващи високо ниво на технологично оборудване на всяко място за обслужване на спешните пациенти-санитарни превозни средства, филиали за спешна медицинска помощ и спешни болнични структури.

Според стратегията развитието на възможностите за телемедицина и комуникационно-информационното осигуряване на дейностите също следва да бъдат обект на приоритетно планиране.

Стратегията подчертава, че особени усилия следва да бъдат положени за осигуряване на необходимите човешки ресурси чрез прилагане на комплекс от мерки за обучение и интегриране в дейността на спешните екипи на парамедицински персонал и въвеждане на система за непрекъсната квалификация и оценка на знанията и уменията на всички работещи в системата.

Тези мерки следва да бъдат подкрепени с устойчиво финансиране на структурите, осъществяващи спешна медицинска помощ, гарантиращо поддържането на необходимия капацитет и отчитащо обема и нивото на обслужване на спешните случаи.

НАСТОЯЩО СЪСТОЯНИЕ

Структура на системата

Системата за спешна медицинска помощ е структурирана на базата на функционално обединение на 2 основни части – извънболнична и болнична.

Извънболничната част включва 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) с Районни координационни централи и разкрити към тях 198 филиала за спешна медицинска помощ (ФСМП) и 13 изнесени екипи. ЦСМП функционират самостоятелно и имат район на обслужване в рамките на съответната административна област, с изключение на ЦСМП-София, който обслужва 2 административни области – Област София град и Софийска област.

Болничната част на системата включва специализираните отделения по спешна медицина, разкрити в лечебните заведения за болнична помощ и финансирани за тази дейност от МЗ. Към 31.12.2016 г. МЗ има сключени договори с 35 държавни и с 3 частни лечебни заведения с разкрити спешни отделения. За осигуряване на консултативна и медико-диагностична дейност за нуждите на филиалите на ЦСМП МЗ е сключило договор и с 65 общински болнични заведения, на чиято територия има разкрити ФСМП.

Човешки ресурси

В ЦСМП в състава на спешните екипи работят общо 5 887 души, от които 1 162 лекари, 2 573 медицински специалисти, 2 131 шофьори, 21 работещи със сертификат за парамедик. Незаетите работни места в централите за спешна медицинска помощ в страната са 497.

Възрастовата структура на персонала в спешните екипи на ЦСМП показва, че постепенно възрастта на работещите в системата се покачва. Увеличава се броят на работещите в предпенсионна и пенсионна възраст.

Медицинският персонал в болничните спешни отделения наброява общо 1504 човека - 650 лекари, 62 фелдшери, 792 медицински сестри и акушерки.

По-малко от половината (48,8 %) от лекарите в СО имат призната специалност, 23,6% са специализанти, а останалите 27,6 % нямат специалност.

Фигура 110. Квалификационна структура на лекарите в СО, в %



Източник: МЗ

Финансиране

Системата за спешна медицинска помощ се финансира изцяло със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването по програма „Спешна медицинска помощ в размер на 127 900 382 лв. за 2016 г. и 134 976 000 лв. за 2017 г.

ЦСМП се финансират чрез пряка държавна субсидия от бюджета. През периода 2006-2016 г. размерът на средствата за финансиране на системата се увеличават над 2 пъти – от 52 млн. през 2006 г. до 126,4 млн. лв. през 2016 г., а за периода 2016-2017 г. размерът на средствата за финансиране на системата се увеличават с 6,8% – от 126,4 млн. лв. през 2016 г. до 134 976 000 лв. за 2017 г. Най-голям дял имат разходите за заплати и осигуровки – 87,1% от общият бюджет. Издръжката на ЦСМП през 2017 г. е 17 547 500 лв., което съставлява 12,9% от общите разходи, като около 33% от нея са разходи за горива и около 14 % са разходи за лекарствени продукти.

Финансирането на дейността на болничните спешни отделения се покриват от държавата чрез субсидии за извършена дейност. Субсидията покрива разходите само за обслужени в спешните отделения пациенти, които не са били хоспитализирани и през 2016 г. е в размер на 22,7 млн. лв., а през 2017 г. нараства на 26,7 млн. лв. Още 0,9 млн. са заплатени за спешни консултации и изследвания по искане на екипите на ЦСМП в други болнични заведения без СО.

Дейност на ЦСМП

През 2017 г. в страната функционират 27 ЦСМП с 198 филиала и 357 мобилни екипа за спешна медицинска помощ.

През 2017 г. броят на обслужените лица е 1 300 132. Средната натовареност на 1 спешен екип (ЕПИ) в страната е 0,4 случая на час. Налице са значителни разлики в натовареността на екипите, като най-натоварени са в големите регионални центрове – София, Пловдив, Варна.

През 2017 г. са осъществени дейности по диагностика и лечение на спешни състояния, като приетите повиквания са 750 852, а изпълнените повиквания от екипите на Центровете за спешна медицинска помощ са 731 044. Изпълнението през 2017 г. показва намаление на броя на повикванията спрямо предходната година 2016г., когато са отчетени съответно 752 849 приети и 732 342 изпълнени повиквания. Извършените

амбулаторни прегледи през 2017 г. са 569 088, при 580 736 през 2016 г., а извършените реанимации са 3 734, при 3 824 през предходната година.

Част от дейностите в системата са свързани с осигуряването на специализиран медицински транспорт за републикански консултанти, кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура между лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ, както и транспорт за спешно болни с показания за наземен и въздушен транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения в страната и чужбина. Осъщественият транспорт за републикански консултанти през 2017 г. в брой е 432, като намалява в сравнение с 2016 г., когато е бил 509. Осъщественият специализиран транспорт за кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура е 3 252 при 3 484 броя през предходната година. Транспортът за спешно болни с показания за транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения за периода са 9 686 при 11 464 броя през 2016 г., като тук се включва транспорт от лечебни заведения за болнична помощ с по-ниско ниво на компетентност към такива с по-високо. Незначителен е броят на осъществения медицински въздушен транспорт за нуждите на спешна медицинска помощ за периода – 8 броя, а броят на случаите на транспортирани български граждани извън страната- 7.

Дейност на спешните отделения

През 2016 г. по договор с МЗ функционират 39 спешни отделения във всички областни градове. По данни на НЦОЗА общият брой на обслужените лица в СО през 2017 г. е 1 366 079, при 1 259 389 през 2016 г. и 1 132 747 през 2015 г. Обслужените случаи, при които не се е наложила хоспитализация в същото лечебно заведение, са 747 203 при 704 319 за 2016 г. и 668 150 за 2015 г. Тенденцията на нарастване на броя на лицата, обръщащи се за медицинска помощ към спешните отделения е устойчива през последните години.

Продължава тенденцията за нарастване броя на извършените консултации от лечебни заведения за болнична помощ, които нямат разкрити спешни отделения, по искане на екипите на ФСМП. През 2017 г. са 42 130, при 39 506 за 2016 г. и 35 336 за 2015 г.

Дейност по изпълнение на политиката

По Мярка 2.3.1. осигуряване на равномерно и адекватно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ

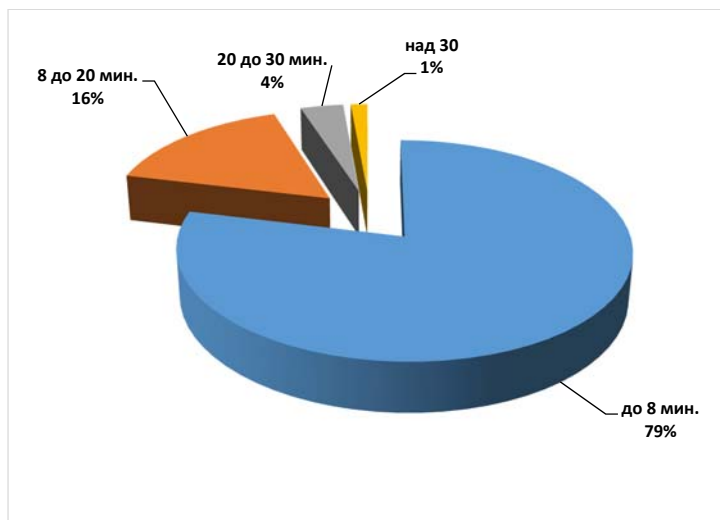
За гарантиране на адекватна структура на системата през 2016 г. като елемент на Националната здравна карта бе разработена Карта на системата за спешна медицинска помощ, съдържаща броя и местоположението на структурите за спешна медицинска помощ, в т.ч. и техните райони на обслужване.

При определяне на районите на обслужване на филиалите за спешна медицинска помощ (198) бе взето предвид възможно-най-краткото време за достъп до и от съответното населено място, без оглед административното деление на областите. Картата на спешната медицинска помощ определи потребности и от създаване на т.нар. „изнесени екипи“ към филиалите за спешна медицинска помощ, в райони с идентифицирани затруднения в достъпа на населението, поради което в нея са предвидени 17 изнесен екипа в областите Бургас, В. Търново, Враца, Добрич, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Пловдив, Смолян, Ст. Загора и Шумен.

В Националната здравна карта бяха определени потребностите от спешни отделения (СО) с II и III ниво на компетентност по области и региони.

Създаденото пространствено разположение на спешните структури осигурява чрез 215 изходни точки (198 филиала и 17 изнесени екипа) на територия на страната (110 772 кв.км.) достъп на населението при спешни случаи с код червено (критични спешни пациенти) до 8 мин. в 87%, с код жълто (нестабилни спешни пациенти) до 20 мин. в 95 %. Достъп до стационарна структура до спешна помощ (ФСМП/СО) във времевата рамка до 30 минути е осигурен на 99% от населението. (Фиг. 111)

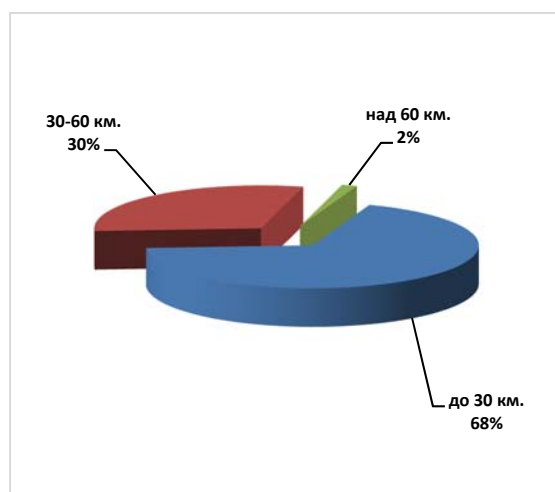
Фигура 111. Относителен дял на населението в РБ с времеви достъп до спешна медицинска помощ, осигуряван от ЦСМП и ФСМП



Източник: МЗ

С достъп до спешна болнична помощ с възможности за специализирана диагностика и лечение във времевата рамка до 60 минути (златен час) е осигурено 98% от населението. (Фиг. 112)

Фигура 112. Относителен дял на населението в РБ с осигурен достъп до СО в км.



Източник: МЗ

Направеният при разработването на НЗК анализ показва, че планираното в Картата на системата за спешна медицинска помощ териториално месторазположение на структурните единици на системата (ЦСМП с филиали и Спешни отделения) осигуряват оптимален достъп на населението до спешна медицинска помощ.

Бъдещите подобрения в достъпа и качеството на предоставяната на българските граждани спешна медицинска помощ не налагат промяна в създадената териториална структура на системата.

Основна насока за подобряване на достъпа, особено във времевата рамка до 8 мин. е при осигуряване на допълнителни човешки ресурси (мобилни екипи) преразглеждане на съществуващите локации на мобилните екипи във всички райони на обслужване с достъп на населението до спешна медицинска помощ във времевата рамка до 8 минути под 70% с цел определяне на възможни нови локации.

Възможно е това да бъде свързано с осигуряване на допълнителни спешни екипи в новите локации, но не следва да е обвързано с разкриване на нови структури (филиали за спешна медицинска структура), които към настоящият момент са оптимални като брой и териториално местоположение. Изключение би било допустимо при възникване на значими промени в броя на населението в определени населени места, разкриване на нови значими рискови промишлени обекти или туристически обекти с висока концентрация на посетители и др., при които не може да бъде осигурен адекватен достъп чрез друга съществуваща локация.

Следва да се има предвид, че представените резултати по отношение на достъпа до спешна помощ в определени времеви рамки в голяма степен са обусловени от настоящото състояние на транспортната инфраструктура на страната, която в много райони създава обективни затруднения за постигане на по-добро време за достъп на мобилните екипи. С оглед бъдещото развитие на транспортната инфраструктура в страната в следващите години се очаква този достъп да бъде подобрен.

Съществуваща възможност за подобряване на достъпа на населението, особено в отдалечените и труднодостъпни райони, е разширяването на ползването на авиомедицински транспорт. При анализирането на тази възможност обаче следва да се подходи предпазливо и с пълно оценяване на разходите и ползите/ефективността в сравнение с осигурения наземен транспорт.

По мярка 2.3.2. Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ

В изпълнение на заложените ангажименти Министерство на здравеопазването предприе мерки за подобряване на структурата и материално-техническа обезпеченост на елементите на системата за спешна медицинска помощ.

След финализиране на преговорите с ЕК и приемане на Оперативна програма „Региони в растеж” 2014-2020, Министерство на здравеопазването започна подготовка за изготвяне на разработване на проект по Приоритетна ос 4 „Регионална здравна инфраструктура” за модернизация на системата за спешна медицинска помощ на стойност 163 млн. лв. С осигурените средства се планира поетапно ще бъдат извършени строителство, ремонт, реконструкция и оборудване на 198-те филиала на централните за спешна медицинска помощ и 34 спешни отделения на болниците.

Освен строителство и ремонт, е планирано цялостно преоборудване и закупуване на нова модерна техника, включително и устройства за телемедицина и 400 нови линейки, снабдени с животоспасяваща апаратура.

Във връзка с това бяха предприети действия за решаване на проблема със собствеността на филиалите, останал нерешен повече от 25 години. Липсата на собственост върху помещенията, в които се намират филиалите, както и на активна политика в тази област, бяха причина за лошата материална база и битови условия, при които работят спешните екипи. Във взаимодействие с областните и общинските администрации през 2016 г. и 2017 г. бяха намерени устойчиви решения за функционирането на филиалите за спешна медицинска помощ, чрез предоставяне на

право на собственост върху ползваните или нови имоти. До края на 2017 г. приключиха процедурите по предоставяне на собствеността на всички от обектите.

За осигуряване на необходимия технологичен капацитет за реализация на проекта след проведена прозрачна процедура за „Избор на изпълнител за подготовка на проектно предложение за кандидатстване с голям инвестиционен проект за подкрепа на спешната медицинска помощ по ОПРР 2014-2020“ и сключен договор с избрания изпълнител, беше извършен анализ на съществуващите структури в системата за спешна помощ и изготви проектни предложения за необходимата инфраструктура в съответствие с техническото задание и приетият стандарт „Спешна медицина“. Според оценките се предвижда в 76 обекта да се извърши изцяло ново строителство на филиали на спешни медицински центрове, в 6 обекта да бъде извършено дострояване на допълнителен етаж или допълнително крило, а в 155 да се осъществи реконструкция и ремонт на вече съществуващи сгради. Интервенциите в инфраструктурата на системата за спешна медицинска помощ са планирани по начин, позволяващ максимално ефективно изразходване на средствата от европейските фондове за постигане на системен ефект на територията на цялата страна, което кореспондира и с политиката за равномерно развитие на регионите.

По мярка 2.3.3. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ

В съответствие с мерките, насочени към развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ, през м.септември 2016 г. с Постановление на МС бе създаден Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, а през м. октомври 2016 г. бе утвърден Правилник за устройството и дейността му. Чрез създаването на центъра се цели да се осигури капацитет за подобряване знанията и уменията на персонала в системата на спешната медицинска помощ чрез начално и продължаващо теоретично и практическо обучение.

С цел да се подкрепи новосъздадения център и да се надгради постигнатото в предишния програмен период по проект „ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешните състояния“, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, през 2016 г. МЗ разработи и кандидатства с нов проект за обучение на работещите в спешната медицинска помощ. Проект BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешни състояния“ е одобрен и се финансира по ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г. с общ бюджет 7 000 000 лв. В рамките на проекта се осигурява оборудването за Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ (в т.ч. закупуване на високотехнологични манекени за практическо обучение) и провеждане на обучение на персонала от центровете за спешна медицинска помощ и спешните отделения на лечебните заведения за болнична помощ.

В средата на 2017 г. започна структурирането на Националният център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ (НЦОКССМП) и като първа задача стояща пред новосъздадения център е да идентифицира области на обучение на работещите в ЦСМП, като след анализ на екипа на центъра е преценено, че подходяща тема за обучение е „Подобряване на уменията за провеждане на телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж на работещите в Районните координационни централи на ЦСМП“.

Обучението има за цел да установи настоящото ниво на тези умения и прилагането на утвърдените със заповед на министъра на здравеопазването Протоколи за телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж и да подобри тези умения чрез теоретични и практически занятия.

В тази връзка екипът на центъра стартира разработване на учебна програма за обучение на тема „Телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж“ и подготвяне на предложение за планиране на обучителен курс с продължителност 12 часа на работещите в РКЦ на ЦСМП, който да се проведе в гр. София. Подготвени са учебни материали, включващи Класъор с протоколите и инструкциите за телемедицински и приоритетен екипен триаж и телефонен инструктаж, направени в удобен за ползване в практическата работа вид и Ръководство за практическо и теоретично обучение на работещи в Районна координационна централа на център за спешна медицинска помощ. Изготвен е план за провеждане на обучението, съгласуван с националния консултант по спешна медицина и Министерство на здравеопазването.

С медицинския стандарт „Спешна медицина“ беше регламентирано за пръв път участието в спешните екипи на нов вид професионалисти в системата за спешна медицинска помощ – парамедици. Целта бе да се преодолее неефективното използване на висококвалифицирани медицински специалисти за дейности, които могат да се изпълняват от лица със специфична и профилирана квалификация, както и да се компенсира недостига на персонал.

С цел подобряване на достъпа и условията на специализация на лекарите и другите медицински специалисти, работещи в ЦСМП, бяха направени изменения в Наредба № 1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. С промените беше създадена възможност на специализантите, работещи в ЦСМП, да могат да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми.

МЗ участва в разработването на Държавни образователни изисквания (ДОИ) за обучение по професията „Парамедик“, които бяха утвърдени през 2016 г. с Наредбата за придобиване на квалификация по професията „Парамедик“ на министъра на образованието и науката. С ДОИ бяха определени конкретните професионални знания, умения и компетентности по професията, които ще гарантират на обучаващите се възможност за упражняването ѝ.

През 2016 г. бяха направени нормативни промени, регламентиращи обучение на специализанти по спешна медицина в ЦСМП, продължителна квалификация на персонала и периодична оценка на професионалните компетентности, както и поддържането на квалификацията на персонала. Тези промени са в съответствие с изискванията на медицинския стандарт „Спешна медицина“ по отношение на видовете спешни екипи, броя и професионалната компетентност на персонала в тях, в т. ч. и на парамедицинските кадри.

Това даде възможност в седем ЦСМП (Пловдив, Сливен, Кърджали, Бургас, Разград, Варна и Смолян) през 2016/2017 г. да бъдат реализирани проекти по програма “Активни” на МТСП за обучение за придобиване на квалификация за парамедици. В съответствие с условията на програмата след приключване на обучението новоквалифицираните парамедици са назначени на трудов договор в спешните центрове или във филиал, а МТСП поема заплащането на възнагражденията им за първите 6 месеца.

По мярка 2.3.4. Осигуряване на ефективна организация, координация и управление на единната система за спешна медицинска помощ

С цел подобряване на структурата и организацията на дейността в системата за спешна медицинска помощ беше приета Наредба № 3/2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“. Със стандарта бе въведена триажна система за оценка на спешните състояния, в т.ч. телефонен триаж при постъпване на спешните повиквания на базата на стандартизиран въпросник. Определени бяха и времена за достъп на спешните екипи в зависимост от степента на спешност на съответното

повикване (8 минути за критични спешни пациенти; 20 минути за потенциално критични спешни пациенти и 120 минути за всичко останали спешни случаи). Стандартът въведе и изисквания към болничните структури, оказващи спешна медицинска помощ и правила за координация и взаимодействие между болничната и извънболничната част на системата.

Бяха утвърдени и въведени за тестово прилагане в практиката Протоколи за телекомуникационен триаж и телефонен инструктаж. Въведените протоколи за триаж осигуряват правилно приоритизиране на спешните случаи по степен на спешност и ефективно използване на наличните ресурси. Инструкции за телефонен инструктаж дават възможност на диспечерите в ЦСМП да поддържат контакт и дават указания на подаващите сигнала за оказване на първа помощ до пристигане на спешния екип.

Въведените с медицински стандарт „Спешна медицина“ норми и правила осигуряват възможност за подобряване организацията, координацията и управлението на системата, съответно на качеството на предоставяната на гражданите спешна медицинска помощ.

В края на 2017 г. приключи проведената обществена поръчка за разработване на софтуер за автоматизирана система за триаж, която да бъде интегрирана към информационната система в системата за спешна медицинска помощ.

Въведените с медицински стандарт „Спешна медицина“ норми и правила осигуряват възможност за подобряване организацията, координацията и управлението на системата, съответно на качеството на предоставяната на гражданите спешна медицинска помощ

По мярка 2.3.5. Осигуряване на финансова устойчивост на системата за спешна медицинска помощ

За преодоляване на тежкия кадрови дефицит в системата в рамките на бюджета на министерството за 2016 г. и 2017 г. бяха осигурени допълнителни средства за до 10% увеличение на трудовите възнаграждения на работещите в ЦСМП. Разпределението на средствата бе осъществено по методика, така че да позволи да бъдат преодолените натрупаните дисбаланси във възнагражденията на работещите в 27-те ЦСМП в страната. В резултат на това бе отчетена положителна тенденция за увеличаване броя постъпилите на работа в ЦСМП, което позволи почти пълно окомплектоване на екипите във всички областни градове, а в ЦСМП София доведе до увеличение на броя на работещите екипи средно от 10-14 на смяна през 2014 г. до 20-22 екипа.

Министерство на здравеопазването продължи и през 2017 г. политиката за опазване и развитие на човешките ресурси в системата чрез създаване на благоприятни условия на труд, добро заплащане, обучение и ясни възможности за кариерно развитие, сигурност и безопасност на работното място, като бюджетът за персонал на ЦСМП беше увеличен с 8 000 000 лв. в рамките на ежегодното поетапно достижуване за достигане до 2020 г. на 100% увеличение на трудовите възнаграждения на работещите спрямо 2014 г. В резултат на предприетите мерки вече се наблюдава положителна тенденция за увеличаване броя на постъпилите на работа в ЦСМП, като за 2017 процентът незаети щатни бройки се движи между 6 и 7 %.

През 2016 г. чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения средствата за болнична спешна помощ бяха увеличени с над 8 млн., като основната част от тези средства бяха предоставени на лечебните заведения за осигуряване на необходимия капацитет от компетентен медицински персонал за адекватно осъществяване на необходимите дейности за пациенти със спешни състояния. През 2017 г. общият финансов ресурс осигурен по методиката за пациенти, обслужени в спешните отделения, е в размер на 25 532 200 лв. , а за медицински персонал – 17 387 200 лв.

По мярка 2.3.6. Осигуряване на готовност за реакции при бедствия и развитие на европейската координация и трансгранично сътрудничество

През 2017 г., с подкрепата на МЗ, ЦСМП-Кърджали, МБАЛ-Кърджали и ЦСМП-Благоевград започнаха реализацията на проекти за трансгранично сътрудничество в областта на спешната помощ и реакцията при бедствия, аварии и катастрофи.

Възможностите на трансграничното сътрудничество дават възможност за подкрепа на капацитета на системата за спешна медицинска помощ чрез изготвяне и въвеждане на координационни механизми за взаимодействие между държавите, обучение на работещите и закупуване на техника и апаратура за оказване на спешна медицинска помощ.

По мярка 2.3.7. Осигуряване на прозрачност, обществен консенсус и участие на гражданското общество и медицинските специалисти в процеса на развитие на системата

През 2016 г. и 2017 г. мерките за модернизирание и развитие на системата за спешна медицинска помощ бяха обект на широко обществено обсъждане. МЗ използваше всички възможности за ангажиране на заинтересованите страни – съсловните и пациентските организации, органите на местното самоуправление, работещите в системата за представяне на визията и политиката в тази област.

ПОЛИТИКА 2.4. РАЗВИТИЕ НА ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ, ПОДКРЕПЕНА ОТ ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ПОМОЩ

Преглед на политиката

В стратегията се посочва, че първичната медицинска помощ в България все още не може да заеме своята ключова роля в модела на здравна грижа за пациента, установен в системите за здравеопазване в другите европейски държави с по-добри здравни показатели.

Като причини за това се посочват изкривените тенденции на разходите за здравеопазване и политики, които благоприятстват интензивните лечебни услуги в болнични условия, за сметка на първичната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето, рехабилитация и медико-социални грижи.

В резултат на това през последните години са налице съществени несъответствия между разкритите практики на общопрактикуващите лекари в страната и нужните за гарантиране на равнопоставен достъп на населението до качествена първична медицинска помощ.

Липсват адекватни условия и стимули за общопрактикуващите лекари за участие в дейностите по превенция и управление на хроничните заболявания и поддържане на активна обратна връзка с пациентите и с другите специалисти, участващи в грижите за тях.

Във връзка с това политиката се фокусира върху необходимостта от осигуряване на подходящи организационни и финансови механизми за развиване на капацитета на първичната медицинска помощ така, че тя да се утвърди като водеща структура в една, ориентирана към пациента, система от координирани грижи, включваща и структурите за обществено здраве, специализираната помощ и различни социални услуги. Според стратегията подобни интегрирани здравно-социални подходи и услуги ще бъдат в състояние да решат по най-добрия начин потребностите на пациентите от поддържащо лечение, общи и/или специфични здравни грижи, социална рехабилитация в

амбулаторна или домашна обстановка и ще доведат до чувствително намаляване на потребностите им от прием в болници за активно лечение. Обръща се внимание на необходимостта от подкрепа за повишаване на квалификацията на общопрактикуващите лекари.

В стратегията се подчертава, че първичната помощ следва да бъде подкрепена от специализирана медицинска помощ, осигурена с модерна апаратура, основана на развиващата се с бързи темпове медицинска технология. Тя следва да осигурява извършването на голям брой дейности, в т.ч. високотехнологични, в амбулаторни условия. Посочва се, че такъв капацитет трудно би могъл да бъде развит в условията на сега съществуващата система за специализирана извънболнична медицинска помощ. В тази връзка се препоръчва да бъде използван технологичния и кадрови капацитет на болниците за осъществяване на амбулаторни дейности, в т.ч. високоспециализирани консултации и медикодиагностични изследвания.

Като цел на изпълняваната политика са преодоляване на неравнопоставения достъп до първична помощ, особено в труднодостъпни и отдалечени райони, пълноценно използване на капацитета на първичната помощ за развитие на дейностите по промоция и профилактика и създаване на условия за комплексна и високотехнологична диагностика и лечение в извънболничната помощ

Дейност по изпълнение на политиката

По Мярка 2.4.1. Подобряване на достъпа до първична медицинска помощ

За гарантиране на достъпа на населението до базови медицински услуги в първичната медицинска помощ в приетата през 2016 г. Национална здравна карта бе определен необходимият брой лекари в първичната медицинска помощ.

За целта беше приложен подход, насочен към универсална осигуреност на населението с общопрактикуващи лекари и лекари по дентална медицина при оптимална численост на обслужваното от 1 лекар на 1500 души население.

Приложените параметри за средна осигуреност за страната от 1 лекар на 1500 души население показва необходимост от най-малко 4856 общопрактикуващи лекари, което надвишава настоящия брой на работещите по договор с НЗОК общопрактикуващи лекари (4415).

В Националната здравна карта за пръв път бяха планирани потребностите на населението от специалисти по здравни грижи в извънболничната помощ. С най-голям дял в планираната осигуреност са медицинските сестри, като при тях е заложен параметър за осигуреност от 150 на 100 000 души население при настояща осигуреност средно между 50 и 70 на 100 000 в различните области на страната. Необходимият брой медицински сестри в извънболничната помощ е 10805. Над половината от тях са необходими за покриване на потребностите на населението в първичната медицинска помощ.

Ефективното прилагане на механизмите на Националната здравна карта за планиране на ресурсите в първичната медицинска помощ, в т.ч. за осигуряване на адекватни стимули за медицинските специалисти за професионално развитие в системата за първична медицинска помощ (с приоритет в регионите, където е уставен най-голям недостиг) е ключово условия за успешното реализиране на мярката.

С цел подобряване на достъпа на населението до първична медицинска помощ в извънработното време на ОПЛ, празничните и почивните дни, и през 2017 г. бяха създадени условия (регламентирани в наредбата за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса) за

сключване на договори между ОПЛ и центрoвете за спешна медицинска помощ за гарантиране на 24-часов достъп на пациентите, в случай на неотложна необходимост.

По мярка 2.4.2. Подобряване на качеството на първичната медицинска помощ

С приетата през 2016 г. и действаща и през 2017 г. Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса се създадоха условия за разширяване на обема на дейностите от обхвата на извънболничната медицинска помощ. Регламентираният пакет дейности в първичната извънболнична медицинска помощ включи здравно-информационни, промотивни, профилактични, диагностични и лечебни дейности, насочени към комплексно осигуряване на необходимите медицински грижи и услуги за опазване и подобряване на здравето на здравноосигурените лица и техните семейства. Поставен бе акцент върху здравното възпитание за запознаване с рисковите фактори за социално значимите заболявания и вредата от нездравословните навици, и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения, в това число здравословно хранене, двигателна активност, режим на труд и почивка и други. В пакета бяха включени и здравно-промотивни дейности в областта на семейното здраве и детско здраве и групите с идентифициран медико-социален риск, профилактични прегледи на деца, бременни и специализирани профилактични прегледи на лица от рискови групи, както и дейности по национални здравни програми.

По отношение на социално значими и приоритетни за страната заболявания за лицата над 18 г. от рискови групи, се извършва оценка на рисковите фактори и вредни навици, водещи до увреждане на здравето и насочване по преценка на общопрактикуващия лекар за профилактичен преглед веднъж годишно при лекар специалист. В пакета са включени и дейности по диспансеризация на лица с определени хронични заболявания, както и дейности, свързани с превенцията и контрола на инфекциозните заболявания, в т.ч. планиране и извършване на имунизации и реимунизации.

Актуализираните критерии за определяне на рискови за развитие на определени социално-значими заболявания групи лица, както и на заболяванията, подлежащи на диспансеризация и дейностите по профилактика и диспансеризация, заплащани от бюджета на НЗОК, са посочени в Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Тези прецизирани и детайлно регламентирани механизми за осигуряване на гарантиран достъп до необходимия обем профилактични и диспансерни прегледи с оглед ранно откриване на рисковите фактори за развитие на заболяване, ранно диагностициране на заболяване, своевременно насочване за лечение и последващо диспансерно наблюдение с цел предотвратяване на трайни здравословни проблеми и преждевременна смъртност бяха прилагани и през 2017 г.

Въведените механизми за разширяване на обхвата на профилактичните дейности по отношение на социално-значимите заболявания и рисковите фактори, които ги причиняват, имат за цел не само превенция и ранно откриване на заболяванията, но активно и включване на пациентите в грижата за своето здраве чрез контрол върху рисковите фактори в резултат на начина на живот – нездравословно хранене, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и други психоактивни вещества, липса на двигателна активност и др.

Разширяването на обхвата на дейностите в пакета за първична медицинска помощ бяха финансово осигурени чрез увеличението на средствата за извънболнична помощ в бюджета на НЗОК за 2016 и 2017 г. (Виж мярка 2.4.3.)

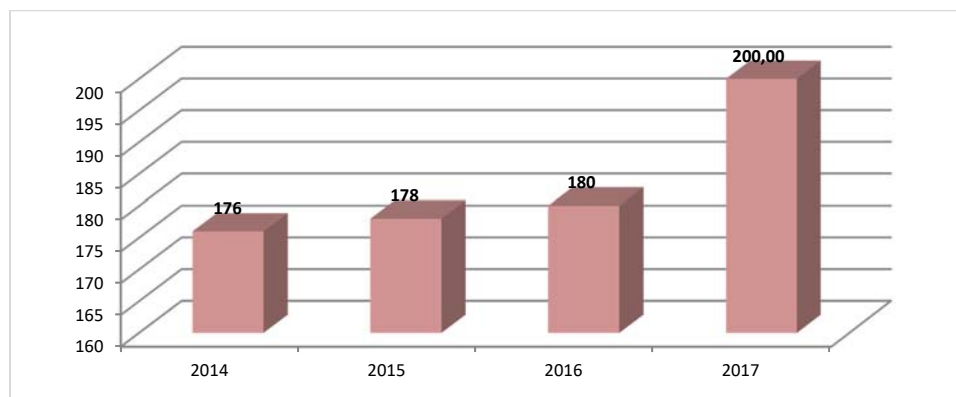
По мярка 2.4.3. Увеличаване на относителния дял на средствата за първична медицинска помощ и подобряване на системата за заплащане на ОПЛ

През 2016 г. бе осъществен активен диалог с Български лекарски съюз и в частност с представители на общопрактикуващите лекари, като в хода на редица срещи и дискусии бяха постигнати общи решения на оперативни проблеми и сходство в позициите за бъдещото развитие на системата за извънболнична помощ, в т.ч. първична извънболнична помощ.

Тази политика има видим резултат в изготвения през 2016 г. Закон за бюджета на НЗОК за 2017 г., който ясно показва приоритетите на държавната здравна политика за развитие на системата за извънболнична помощ, с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията.

Планираните за 2017 г. средства за първичната извънболнична медицинска помощ са увеличени с 11% спрямо закона за бюджета на НЗОК за 2016 г.

Фигура 113. Планирани средства по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за ПИМП 2014-2017 г. в млн. лв.



Източник: НС

Със средствата бе осигурено увеличението на заплащането за капитация, профилактични дейности при възрастни и по диспансерно наблюдение на лица над 18 години с хронични заболявания, подлежащи на диспансеризация. По този начин се осигури финансово прилагането на нормативни промени, свързани с разширяване на обема и обхвата на дейностите, осъществявани от изпълнителите на първична медицинска помощ (*Виж мярка.2.4.2 и 2.4.4.*)

По мярка 2.4.4. Повишаване на капацитета на първичната медицинска помощ с акцент върху промоцията и превенцията на хроничните незаразни болести и психично здраве

Провежданата политика за развитие на здравно-промотивните и профилактичните дейности с ключовата роля на системата за извънболнична помощ намери отражение в подзаконовата нормативна уредба. Основните актове – наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията и наредбата за пакета здравни дейности, заплащани от бюджета на НЗОК, бяха изцяло преработени през 2016 г. с акцент върху промоцията и превенцията на социално-значимите заболявания. (*Виж мярка 2.4.2. и 2.4.3.*)

По мярка 2.4.5. Разработване и въвеждане на програми за координация на грижата – включително и мениджмънт на случаите/управление на грижата и управление на заболяванията

С въведената нормативна уредба (Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса

и Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията) са разширени възможностите на ОПЛ за управление и координиране на грижите за своите пациенти. Разширени са и правомощията на лекарите в ПИМП да планират самостоятелно и по своя преценка потребностите от консултативни и медико-диагностични дейности в рамките на ясно регламентирани правила за обема на профилактичните и диспансерни дейности и резултатите от тях. В колаборация в НЦОПЛРБ бяха разработени качествени индикатори и система за оценка на риска от заболяване.

Цялостната реализация на мярката изисква в следващите периоди тези дейности да бъдат последователно разширявани и финансово обезпечени.

По мярка 2.4.6. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги в общността, в т.ч. патронажни грижи, подкрепящи първичната медицинска помощ в грижата за пациентите

Продължават усилията на Министерство на здравеопазването за създаване на необходимите условия за развитие на нови интегрирани здравно-социални услуги, основани на най-добрите практики в страната и света.

В активна колаборация в МТСП, Уницеф и БЧК бяха планирани нови здравно-социални услуги както за деца, така и за възрастни пациенти, с акцент върху патронажните грижи и грижите за лица с физически, психически и ментални увреждания. (*Виж Приоритет 1*).

С цел изясняване на възможностите за взаимодействие със системата на първичната медицинска помощ, тази концепция бе обсъдена в рамките на Съвета „Партньорство за здраве“.

Последващото изпълнение на мярката и развитието на този нов вид услуги и тяхното интегриране в системата на здравеопазване е от ключово значение, тъй като не само ще подкрепи капацитета на първичната медицинска помощ, но и ще създаде условия за реформиране и реструктуриране на болничния сектор, особено на малките общински лечебни заведения, които могат да бъдат ангажирани и да предоставят качествени дългосрочни грижи, особено за възрастните хора в съответната общност. (*Виж мярка 2.5.6*)

По мярка 2.4.7. Развитие на високоспециализирана медицинска помощ, в подкрепа на първичната медицинска помощ

Изпълнението на мярката в контекста на политиката на Националната здравна стратегия 2020 е насочено в 2 основни направления, свързани както с гарантиране на устойчивостта на съществуващата система за специализирана извънболнична помощ, така и с разширяване на възможностите за ефективно използване на високотехнологичния болничен капацитет за предоставяне на специализирани диагностични и лечебни амбулаторни услуги, които не изискват болничен престой.

Във връзка с това през 2016 г. в приетата Национална здравна карта бяха определени необходимият брой лекари-специалисти в извънболничната помощ по специалности на областно, регионално и национално ниво.

Потребностите от лекари в специализирана извънболнична медицинска помощ бяха определени на база средни за страната показатели за осигуреност, покриващи обръщаемостта на населението към съответния вид медицински услуги. За определени тяснопрофилирани специалности в областите, в които е налице по-високо ниво на търсене на високоспециализирана медицинска помощ като София, Пловдив, Варна и др. бе определен по-висок коригиращ коефициент за покриване на нуждите на населението на регионално и национално ниво.

Общият брой на необходимите лекари-специалисти в извънболничната помощ, определен в НЗК е над 11 000. Анализът на данните от областните здравни карти показва, че този брой значително надвишава броя на работещите само в СИМП лекари-специалисти, тъй като над 50 % от лекарите, осъществяващи специализирана извънболнична помощ, работят и в лечебни заведения за болнична помощ.

Определените чрез НЗК потребности от лекари специалисти гарантират равнопоставен достъп на населението до този вид медицинска помощ и са основа за планиране на ресурсите, необходими за нейното обезпечаване, в т.ч. чрез ползване на капацитета на болничните специалисти.

Във връзка с решение на Върховния административен съд, с което действащата Национална здравна карта беше отменена, през 2017 г. Министерство на здравеопазването стартира процедура по разработване на нова карта.

През 2017 г. МЗ продължи да поддържа политиката за разширяване на обхвата и обема на услугите, предоставяни в специализираната медицинска помощ.

С през 2017 г. бяха увеличени броя на направленията за специализирани медицински дейности – консултативни прегледи при специалисти и медико-диагностични дейности. Планирания от НЗОК обем дейности за осъществяване на първични и вторични специализирани прегледи при остри заболявания в извънболничната помощ бе увеличен значително. Данните за изпълнението на консултативните прегледи през годината показват, че с предвидените обеми през 2017 г. се наблюдава значително подобрене на достъпа на населението до лекари-специалисти. Аналогични са резултатите за изпълнението на обемите за медико-диагностични дейности през 2017 г.

През 2017 г. бе планирано и увеличение на средствата за специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) в бюджета на НЗОК за 2017 г. с почти 5% спрямо ЗБНЗОК за 2016 г. С планираните средства се осигурява запазване на увеличените през 2016 г. обеми за консултативни прегледи и изследвания, като се предвижда и осигуряване извършването на профилактични акушеро-гинекологични прегледи за жени на 30 годишна възраст с цел профилактика на злокачествено новообразования на шийката на матката.

Във връзка със заложените в нормативната уредба нови ангажименти на системата за извънболничната медицинска помощ бяха планирани средства за медико-диагностичната дейност в размер на 77,5 млн. лв., което представлява увеличение с над 7 млн. лв. спрямо ЗБНЗОК за 2016 г.

Важна стъпка за реализацията на мярката бе осъщественото чрез Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса извеждане на голям брой болнични дейности като амбулаторни процедури, които могат да бъдат осъществявани както в болнични заведения, така и в лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ с необходимите технологични възможности.

Друга законодателна стъпка, в подкрепа на мярката бе направено изменение в ЗЛЗ, с което се даде възможност на лечебните заведения за болнична помощ по чл.5 от ЗЛЗ (ведомствени болници) да осъществяват специализирана извънболнична помощ чрез своите диагностично-консултативни структури – кабинети, лаборатории и др. Тези промени дават възможност за ефективно използване на болничния капацитет и осигуряване на достъп на населението до специализирани медицински услуги, в т.ч. високо-технологични диагностични дейности, които трудно могат да бъдат осигурени в лечебните заведения за извънболнична помощ.

В унисон с това и цел развитието на възможностите за комплексно и интегрирано обслужване на пациенти с определени социално значими и редки заболявания отново

чрез промени в ЗЛЗ бе създадена възможност към болниците да бъдат създавани на функционален принцип специализирани центрове за комплексни медицински грижи, основните функции на които да са свързани с прилагане и координиране на мултидисциплинарен подход при извършването на профилактика, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация на пациенти с конкретни заболявания. *(Виж мярка 2.5.4)*

ПОЛИТИКА 2.5. ОПТИМИЗИРАНА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Преглед на политиката

В стратегията се посочва, че в болничния сектор на България през последните години се наблюдава бърз растеж, който създава значителни предизвикателства към устойчивостта на системата и ограничава средствата за покриването на потенциално по-ефективни разходи в други области – промоция на здраве и профилактика на болестите, развитие на първичната медицинска помощ и др.

Отчита се, че осигуреността с болнични легла в България е относително висока, но е съизмерима с други европейски страни с добре развита здравна система, т.е. основна причина за неефикасността на болничната система не е високият общ брой на болничните легла, а тяхната неефективна структура с превес на леглата за активно лечение и ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа, както и големия брой болници – (4,4 болници на 100 000 жители при 2,7 болници на 100 000 жители за ЕС).

Според стратегията за оптимизиране на болничния сектор е необходим широк обхват от интервенции, насочени към оптимизиране на мрежата от болниците за активно лечение и намаляване на броя на леглата в тях при запазване и увеличаване на възможностите им за интензифицирано и високотехнологично лечение на остри заболявания при нарастване на подкрепящата роля на системата за извънболнична помощ, структурите за рехабилитация, продължително лечение и др.

Преструктурирането на болничния сектор изисква активна политика за преодоляване на нарастващите дисбаланси в достъпа на населението до болнична помощ и свръхконцентрацията на болнични мощности в определени центрове чрез механизмите на Националната здравна карта и въвеждане на ефективна регулация на процеса на разкриване на нови болници и болнични структури, както и стимули за окрупняване на болничните субекти чрез различни форми на обединения. Изключително високият брой лечебни заведения, много от които са специализирани и/или с малък капацитет, очертава значителен потенциал за консолидиране в сектора на основата на ефикасност и качество.

Основна цел на консолидацията в сектора е осигуряване на условия за осигуряване на пациентите на едно място и под един покрив на възможно най-голям обхват медицински услуги. Освен възможностите за комплексно обслужване на пациентите, тази консолидация ще осигури максимално ефективно използване на болничния капацитет.

Консолидирането на болничните услуги трябва да се осъществява паралелно с изпълнението на междусекторна стратегия за продължителни медицински грижи. Много малки и неефективни болници за активно лечение биха могли да бъдат преустроени в центрове за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи, в т.ч. на мобилни медицински грижи, на амбулаторни услуги, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдых и палиативни грижи (предоставяни както място, така и в домашна среда).

По мярка 2.5.1. Въвеждане на задължителна Национална здравна карта, отчитаща потребностите на населението от медицинска помощ по видове – съобразно възрастова структура, заболяемост, болестност, смъртност, детска смъртност и др.

Със ЗИД на ЗЛЗ от 2015 г. бе създаден нормативен механизъм за въвеждане на Национална здравна карта със задължителен характер, чрез която да се определят на териториален принцип потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ на областно, регионално и национално ниво. Този подход имаше за цел да оптимизира механизмите за планиране на медицинските дейности, в т.ч. на болничната помощ на съобразно нуждите на националната система на здравеопазване. През 2016 г. бе извършен задълбочен анализ на областните здравни карти и бе разработена методология за разработването на Националната здравна карта, в която бяха използвани показатели за осигуреност на населението с медицински специалисти и болнични ресурси, в т.ч. болнични легла по видове и медицински дейности, както и високотехнологични методи за диагностика и лечение и достъп до системата за спешна медицинска помощ. На 24 март 2016 г. Правителството прие първата Национална здравна карта на Република България със задължителен характер.

След приемане на НЗК, Националната комисия изпълняваше своите функции по чл. 37 от Закона за лечебните заведения, като за 2016 г. заявление за становище относно наличие на потребност съгласно НЗК и възможност за сключване на договор с НЗОК са подали 40 лечебни заведения за болнична помощ, заявили инвестиционно намерение за разкриване на 102 нови медицински дейности. От тях комисията се е произнесла с положително становище за 57 нови дейности, от които 36 в публични лечебни заведения и 21 в частни – например разкриване на дейност по ендоваскуларно лечение и кардиохирургия в МБАЛ „Сърце и мозък“ Плевен, инвазивна диагностика и/или ендоваскуларно лечение в УМБАЛ-Русе АД и др. Всички разрешени дейности са в региони, където има установена потребност от съответната болнична дейност за гарантиране на достъпа на населението до своевременна помощ. По този начин НЗК още през първата година показва своята ефективност като механизъм за преодоляване на дисбалансите и свръхкапацитета на болничните ресурси по обосноваване на потребностите на населението начин.

За Регионалните здравни инспекции съществува нормативното задължение ежегодно да извършват анализ на използваемостта на болничните легла по видове и медицински дейности в лечебните заведения в областта и го представят на министъра на здравеопазването. Изготвените от РЗИ доклади за използваемостта на болничния капацитет през 2016г. и 2017 г. показват ниска използваемост на леглата, особено за отделни лечебни заведения и видове легла и обосновават необходимостта от по-активно прилагане на механизмите на Националната здравна карта, заложи в Закона за лечебните заведения

През м. октомври 2017 г. Върховният административен съд отмени действащата Национална здравна карта, във връзка с което МЗ отново стартира процедура за разработване на нова. Бяха сформирани областните комисии, които започнаха да подготвят областните здравни карти.

По мярка 2.5.2. Развитие на модела за оценка на качеството в лечебните заведения чрез въвеждане на задължителна акредитация на лечебните заведения за болнична помощ, които желаят да ползват публични средства

Поради отхвърляне от НС на законодателните предложения на МЗ за въвеждане на изискване за наличие на положителна акредитационна оценка на лечебните заведения, ползващи публични средства от НЗОК, изпълнението на мярката изостава.

Въпреки това през 2017 г. по-голяма част от болничните заведения (публични и частни) имат акредитационна оценка, предвид обвързаността ѝ с правото болниците да бъдат база за обучение за студенти и специализанти.

Независимо от характера на акредитационната процедура (задължителен или не), по отношение на достъпа до публични ресурси, са необходими последващи действия за подобряване на качеството на акредитацията, която през годините се наложи като специфичен механизъм за контрол и оценка на структурните и организационни предпоставки за осигуряване на качество на медицинската помощ и за установяване на възможности за бъдещи подобрения. *(Виж мярка 2.8.1)*

По мярка 2.5.3. Създаване на механизми за осъществяване на конкурентен подбор на базата на обективни и прозрачни критерии при избора на изпълнители на медицински услуги, финансирани с публични средства

Във връзка с промените в ЗЛЗ от 2015 г., с които бе създадено основание за селективен подбор от страна на НЗОК на изпълнители на болнична помощ в областите, в които има излишък на болнични легла съгласно Националната здравна карта, с Постановление № 45 на Министерския съвет от 2016 г. бе приета Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори.

Съгласно наредбата НЗОК прави подбор на лечебните заведения, с които да сключи договор за дадена дейност въз основа на оценяване и класиране по пакет от критерии, включващи както общи критерии за лечебното заведение, така и специфични за конкретната медицинска дейност. За всеки отделен критерий бяха определени индикатори, по които да се извършва обективна оценка на базата на брой точки съгласно определени стойности на измерване на изпълнението на всеки индикатор. Критериите са ориентирани към оценка на болничния капацитет и възможностите за качествена, своевременна и непрекъсната медицинска помощ, в т.ч. при спешни състояния. Част от критериите и индикаторите са ориентирани към оценяване на възможностите за комплексно лечение „под един покрив“ на пациентите. Наредбата дава възможност група лечебни заведения да бъдат оценявани като обединение, с което се създават стимули за създаване на болнични обединения.

То този начин чрез изпълнението на мярка 2.5.1 и 2.5.3 на НЗС бе въведен механизъм за планиране и осигуряване на медицинските дейности, заплащани с публичен ресурс на териториален принцип, съобразно потребностите на населението и нуждите на националната система на здравеопазване.

Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори беше отменена от Върховния административен съд, във връзка с което стартира дейността на работна група, която да изготви нова наредба.

По мярка 2.5.4. Стимулиране на създаването на болнични обединения с цел осигуряване на комплексно обслужване на пациентите и ефективно използване на болничните ресурси

Реализацията на мярка 2.5.4. е пряко свързана с въвеждането на Националната здравна карта и прилагане на въведения механизъм за селективен подбор при сключване на договор от страна на НЗОК. *(Виж мерки 2.5.1. и 2.5.3.)*

Освен тях отношение към реализацията на мярката през 2016 г. имат промените в редица подзаконовни нормативни актове:

През 2016 г. с новата Наредба № 2 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса се регламентира

пакет „комплексно лечение“, състоящ се от отделни клинични пътеки и процедури, свързани с цялостното лечение на определени групи заболявания. За този пакет НЗОК следва да сключва договор само при осигурени възможности за осъществяване на всички дейности по пакета. Изпълнителите на пакет „комплексно лечение“ следва да осигурят самостоятелно или чрез договори или обединения с други лечебни заведения всяка една отделна част от цялостния процес на лечение.

През 2016 г. в пакета бе включено лечението на всички злокачествени заболявания (в т.ч. онко-хематологични), кожно-венерическите болести, тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания и редки болести.

С наредбата бяха въведени и нови клинични пътеки за продължаващо лечение и рехабилитация след активно лечение на прекарани остри или изострени хронични заболявания.

Аналогичен подход бе приложен по отношение на дейностите, свързани с лечение на психичните заболявания, заплащани от МЗ. По този начин бяха създадени предпоставки за стимулиране на болниците да развиват капацитет или да търсят партньорства за затваряне на целият цикъл на диагностика и лечение на заболяванията в техният предмет на дейност.

В подкрепа на това бяха направени промени ЗЛЗ и в Наредба № 49 от 2010 за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи г., в която бяха регламентирани условията и реда за предоставяне на дейности по комплексни медицински грижи за определени заболявания (в т.ч. психични, кожно-венерически и онкологични заболявания и за деца с увреждания и хронични заболявания) в болници за активно лечение.

Последващите действия за реализация на мярката са свързани с анализ на ефектите от предприетите действия и разширяване на стимулите, механизмите и управленските решения за консолидиране на болничния сектор, без това да наруши достъпа на населението на необходимата медицинска помощ.

По мярка 2.5.5. Стимулиране на процеса на преобразуване на леглата за активно лечение в легла за продължително лечение, както и развитие на едnodневната хирургия, дневните стационари, амбулаторната дейност и др.

Реализацията на мярка 2.5.5. е пряко свързана с изпълнението на мярка 2.5.1. по изготвяне на Националната здравна карта, както и с реализацията на мярка 2.5.3. за прилагане на селективен подбор при сключване на договор от страна на НЗОК.

Основно значение за реализацията на мярката има приетата Наредба № 2 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Въведените с наредбата регламенти бяха насочени основно към разширяване на обема на дейностите от обхвата на извънболничната медицинска помощ и извеждане на болнични дейности, които могат да бъдат осъществявани в амбулаторни условия, както и към разширяване на обхвата на дейностите по продължително лечение (*Виж мярка 2.1.14.*)

Това даде възможност повече болнични дейности да бъдат трансформирани в дейности по „едnodневна хирургия“, „дnevен стационар“ или амбулаторна дейност, без продължителен болничен престой.

Така бяха създадени финансови стимули за болниците да освобождават леглови фонд и да трансформират легла за активно лечение в места за краткотраен престой или легла за продължително лечение.

Допълнителен механизъм за подкрепа на този процес за общинските болници в отдалечени и труднодостъпни райони е въведеното чрез Методиката за субсидиране на

лечебните заведения през 2017 г. финансиране на дейности по продължително лечение за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

По мярка 2.5.6. Реструктуриране на ЛЗБП с ограничени или липсващи възможности за поддържане на ниво на компетентност и развитие

В изпълнение на мярката са създадени няколко механизма за реструктуриране на болници с ограничени или липсващи възможности за поддържане на ниво на компетентност и развитие, които следва да бъдат развивани в бъдеще.

Първият от тях е свързан с осигурената възможност за разкриване на структури и осъществяване на дейности по продължително лечение, заплащани от НЗОК. *(Виж мярка 2.5.5.)*

Вторият механизъм е свързан с адаптирането на здравната система към здравнодемографските промени и генерираните от тях потребности на застаряващото население от дългосрочни грижи.

През 2016 г. МЗ активно участва при разработването на проекта на План за действие за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, съвместно с МТСП, НСОРБ и други организации от неправителствения сектор. Целта на разработвания проект бе да бъдат регламентирани и нови видове здравно-социални услуги, част от които да бъдат изпълнявани и от лечебни заведения. Това би създавало условия за реструктуриране на болници с ограничен или липсващ капацитет за извършване на активно лечение, който да бъде използван за осъществяване на различни видове услуги по дългосрочни грижи.

В тази връзка с промени в Закона за здравето бе създаден нов раздел „Интегрирани здравно-социални услуги“, в който интегрираните здравно-социални услуги са определени като дейности, включващи предоставяне на здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности. Изрично е регламентирано, че тези услуги могат да се предоставят и от лечебни заведения.

Така е създаден нормативен механизъм за пренасочване на част от болничните заведения към предоставяне на социални и интегрирани здравно-социални услуги за различни категории лица.

Третият механизъм, който може да бъде използван и управляван е разширяване на възможностите за субсидиране чрез държавния бюджет на дейности, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване в определени лечебни заведения *(Виж мярка 2.5.5.)*

По мярка 2.5.7. Създаване на условия за развитие на високоспециализирани болнични центрове при гарантиран равнопоставен достъп на населението и ефективно разходване на ресурсите

С цел осигуряване на ефективен механизъм за планиране на високотехнологичните методи за диагностика и лечение, с промени в ЗЛЗ, в съдържанието на областните здравни карти и Националната здравна карта, бе включена информация за наличните, съответно необходимите високотехнологични медицински дейности и свързаната с тях скъпоструваща апаратура. Така в рамките на всеки регион за икономическо планиране бе планиран необходимия болничен капацитет, гарантиращ достъп на населението до структури с най-високо ниво на компетентност. По този начин се създадоха условия за гарантиране на равнопоставен достъп на населението до

иновативни и високотехнологични медицински услуги, както и дългосрочно инвестиционно планиране за ефективно използване на ресурсите в системата.

През 2017 г. бяха реализирани редица дейности за технологично развитие на определени болнични заведения с регионално и национално значение, със средства от бюджета на МЗ и в рамките на изпълняваните проекти и програми (*Виж Раздел Влияние на международните и европейски политики за реализация на целите на Националната здравна стратегия*)

По този начин бе осигурена необходимата апаратура за високо-технологична диагностика и лечение на онкологични заболявания, ендоваскуларно лечение, акушеро-гинекологична и неонатална помощ и др.

Стартирани бяха дейностите по подготовка на проект за модернизация на спешната медицинска помощ, включващ изграждането и пълното оборудване на 34 модерни спешни отделения.

Съществено значение не само за реализацията на мярката, а и за цялостната реализация на НЗС и поставените национални здравни цели е стартиралата през 2016 г. дейност по изграждане на високотехнологични центрове за ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания (инсулти; артерио-венозни малформации и аневризми), която продължи и през 2017 г.. С методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г. бе осигурено финансиране на необходимите консумативи за ендоваскуларно лечение и бяха определени изискванията и критериите, на които трябва да отговарят тези високоспециализирани центрове.

Предвид огромната тежест на мозъчно-съдовата болест по отношение на показателите за смъртност и трайна неработоспособност в страната и значителното изоставане в тази област спрямо другите европейски страни, продължаването и развитието на тази дейност е от ключово значение за подобряване на здравни статус на населението.

Поради отмяна на Националната здравна карта от върховния административен съд, през 2017 г. стартира изготвянето на нова.

По мярка 2.5.8. Въвеждане на система за заплащане на болничната дейност, основана на резултати

Липсва и финализиран процес по остойностяване на цената на труда на медицинските специалисти от страна на съсловните организации.

По мярка 2.5.9. Подобряване на системата за контрол на болничните дейности на базата на обективни критерии и индикатори за оценка на качеството и удовлетвореността на пациентите

За подобряване на контрола на болничните дейности са предприети редица мерки, насочени към интегриране на отделните контролни дейности и институции в обща система и ангажиране в контролния процес на всички заинтересовани страни, в т.ч. и пациентите (*Виж мярка 2.1.12 и Политика 2.8*)

През 2017 г. бяха обнародвани Наредба № 3 от 6 октомври 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“ и Наредба № 2 от 6 октомври 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ортопедия и травматология“. Стартира и дейността на работните групи за изготвяне на медицинските стандарти по Акушерство и гинекология, Образна диагностика, Гастроентерология, Трансфузионна хематология, Кардиология, Неврохирургия, Урология и Хирургия.

Системата от медицински стандарти е основен механизъм за обективна оценка и контрол на качеството на медицинските дейности, който следва да бъде поддържан и развиван.

Друга ключова стъпка, свързана с осигуряване на обективни критерии за оценка на качеството, достъпността и своевременността на медицинската помощ, бе направената през 2016 г. промяна в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. С цел гарантиране на своевременния достъп на здравноосигурените лица до медицинската помощ в обхвата на пакета здравни дейности, заплащана от НЗОК, бяха прецизирани текстовете, регламентиращи пътя на пациента на съответните нива на системата за здравеопазване – първична и специализирана извънболнична и болнична помощ. Детайлно бе регламентиран приемът на пациентите в диагностично-консултативния блок и спешните отделения на болниците, в т.ч. прием за незабавно лечение, планов прием, насочване към друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ. Променен бе съществуващият регламент за формиране на листи на пациентите, чакащи за планов прием, като бе въведен максимален срок от 2 месеца, в рамките на който да бъде планиран приема на пациентите за болнични дейности, които не изискват незабавно лечение. С цел създаване на ефективни механизми за осъществяване на планов прием в условията на пълна прозрачност бе въведено изискване лечебните заведения да публикуват актуална информация за листата си за планов прием, включваща поредността на пациентите и определените дати за това, както и изискване НЗОК да поддържа и публикува на интернет-страницата си Национална листа за планов прием на лечебните заведения, с които има договор за болнична помощ. Заложено бе изрично изискване за спазване на поредността на вписване на пациентите в листата на чакащите.

С промените в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ бяха прецизирани допълнителните услуги, които лечебните заведения могат да предлагат срещу заплащане по желание на пациентите, но само в случай, че са осигурили необходимите общи грижи и поисканите услуги се различават от тях. Забранено бе изрично допълнително заплащане за престой за придружител на деца до 7-годишна възраст, както за придружител за деца до 18 г., които се нуждаят от осигуряване на допълнителни грижи и на лица с увреждания, които не могат да се обслужват самостоятелно.

По мярка 2.5.10. Въвеждане на рейтингова система на болниците в България

Въвеждането на рейтингова система изисква разработване на методика от критерии и показатели за оценяване, на базата на достатъчен обем от достоверна и съпоставима информация, както за състоянието и развитието на дейностите в отделните лечебни заведения, така и на информация за качеството и безопасността на медицинското обслужване, събрана в хода на контролната дейност и проучването на удовлетвореността на пациентите.

Разработването на тази методика е включена в като предстояща за реализация дейност на Изпълнителна агенция „Медицински одит“³⁴, предвид обстоятелството, че ИАМО извършва постоянен мониторинг и контрол върху дейността на лечебните заведения и има събрана за 6-годишния си период на съществуване значителна по обем информация в областта на качеството безопасността на медицинското обслужване.

Следва да се обърне внимание, че реализацията на мярка е пряко свързана и зависима от реализацията на дейностите по мерки 2.5.3. и 2.5.9, чрез които да се осигурят обективни критерии за измерване на рейтинга на лечебните заведения.

³⁴ Стратегическа концепция на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ 2016-2020 г.

ПОЛИТИКА 2.6. РАЗВИТИЕ НА ЕЛЕКТРОННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Беше разработена стратегия и сключен договор за финансиране на НЗИС. Разработени бяха основните изисквания и документи към нея за стартиране на процеса по възлагане на обществени поръчки за разработването ѝ.

ПОЛИТИКА 2.7. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИЯ КАПИТАЛ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Преглед на политиката

Политиката се основава на схващането, че работещите в системата на здравеопазване са основният капитал, с който тя разполага. Той обхваща съвкупността от техните знания, умения, компетентности, способности, здравословно състояние и работоспособност, мотивация и поведение в труда, които имат определена стойност и са източник на сегашни и бъдещи доходи както за медицинските специалисти - носители на човешкия капитал, така и за системата, която при договорени условия използва този капитал.

В стратегията се подчертава, че здравеопазването е отрасъл с висока трудоемкост и един от най-големите икономически сектори в ЕС, като на него се падат около 17 млн. работни места (8 % от всички работни места). Застаряващото население и нарастващото търсене на здравни услуги са гаранция за това, че секторът на здравеопазването ще остане основен двигател на заетостта в бъдеще. Въпреки това в България той е изправен пред сериозни предизвикателства: застаряваща работна сила и твърде малко новонаети лица, които да заместят пенсионираните се; значително текучество на специалисти в някои области поради тежки условия на труд и относително ниско заплащане; необходимост от нови умения за работа с нови технологии и за справяне с нарастването на хронични болести.

Държавата следва да инвестира и да подпомага инвестициите в развитието на човешкия капитал в системата на здравеопазването, защото по този начин се постига по-високо качество на медицинските услуги, увеличена конкурентоспособност, по-високи и устойчиви темпове на икономически растеж и по-висок жизнен стандарт на населението.

В стратегията се посочва, че по осигуреност с медицински специалисти България все още заема позиции доста над средните за страните от ЕС. Въпреки това възрастовата структура на работещите предполага нарастващи дефицити в бъдеще. Регионалното разпределение на медицинските специалисти е непропорционално и дисбалансирано, което води до затруднен достъп на населението в определени райони до здравни грижи, влошава качеството на медицинската помощ и влияе върху ефективността и резултатността на медицинския труд.

Свободното движение на хора в рамките на ЕС в областта на здравето допълнително засилва проблема, поради миграция на здравни специалисти от България към другите европейски държави. Като основни причини за миграцията се определят по-доброто заплащане, по-добрите условия на труд, високият стандарт на живот, умората от несвършеното от здравната реформа, липсата на доверие във водената здравна политика и др.

Ако България не предприеме подходящи стъпки, за да подготвя и задържа достатъчен брой собствени здравни специалисти, недостигът ще продължи да се задълбочава и ще затрудни сериозно функционирането на системата.

Обучение и квалификация на медицинските специалисти

Обучението и квалификацията на кадрите, работещи в системата на здравеопазването е обект на сложна нормативна регламентация и се планира, организира и осъществява от голям брой субекти.

Подготовката на медицинските кадри се извършва в системата на висшето образование. През 2016 г. и 2017 г. обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в 9 висши училища. Продължителността и съдържанието на обучението са синхронизирани с общностното право.

След придобиването на първоначална подготовка и образователно-квалификационна степен в системата на висшето образование, с която се удостоверява правото за упражняване на медицинска професия, професионалното развитие, обучението и квалификация на медицинските специалисти се извършват в хода на професионалната им дейност. То включва различни вътрешни системи за повишаване на квалификацията на персонала в лечебните заведения и външни форми за следдипломно обучение - за придобиване на специалност и продължаващо обучение.

Дейностите в областта на обучението за придобиване на специалност се организират от Министерство на здравеопазването. През 2017 г. редът и условията за специализация се регламентират от Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която беше осъществена концептуална промяна в реда и условията за специализация – значително се облекчи достъпът и се подобриха условията за специализация. Обучението по клинични специалности се осъществява въз основа на трудов договор, което гарантира в най-пълна степен правата и задълженията на специализанта, включително получаване на адекватно трудово възнаграждение. През 2017 г. общият брой специализанти по Наредба № 1 е 3 612 (от които 3100 са започнали обучението си по Наредба № 1, а 509 са прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването). Специализантите, започнали обучението си през 2017 г. са 1 070.

Според проведени от Асоциацията за развитие на медицинската общност проучвания сред млади лекари и студенти по медицина се отчита значително увеличаване на доверието към новата система на специализации, както и спад в желанието за емиграция с около 30% спрямо предходно действащата наредба (отменената Наредба № 34 от 2006г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването). Успехът на Наредба № 1 се потвърждава и от факта, че повече от 70% от завършилите през последните 3 години лекари – български граждани вече са специализанти по реда на тази наредба. Това показва, че Наредба № 1 от 2015 г. е една успешна стъпка към задържането на младите лекари и останалите медицински специалисти в страната.

Продължаващото обучение се осъществява от съсловните организации на медицинските специалисти, висшите училища, ВМА, медицинските колежи, БЧК и сдружения на работещите в здравеопазването, Съюзът на научните медицински дружества в България, Съюзът на учените в България, както и на медицинските асоциации по специалности.

С изключение на дейностите, свързани с обучението за придобиване на специалност, останалите вътрешни и външни форми на обучение и квалификация на медицинските специалисти не са изчерпателно регламентирани и са без въведени механизми за контрол.

В системата на здравеопазване липсва единна система за проучване на потребностите от последващо обучение и квалификация на медицинските кадри, планиране и организиране на обученията, както и поддържане на база данни за проведените обученията. В резултат на това продължаващото обучение на медицинските

специалисти се осъществява несистематично и зависи основно от индивидуалната активност на работещите и от приоритетите и мотивацията на предлагащите обучителни услуги, които често са провокирани не от потребностите на системата, а от определени бизнес процеси и линии на финансиране, в т.ч. от фармацевтични компании, доставчици на медицинска апаратура и др.

Положителни стъпки в тази връзка са активните действия на съсловните организации на медицинските специалисти – БЛС и БАПЗГ за развитие на капацитет за планиране и управление на продължаващото обучение и регламентирането на неговия задължителен характер.

През последните години се наблюдава засилен интерес към обучение на немедицински специалисти, които могат да намерят място за трудова реализация в системата на здравеопазване – здравни асистенти, болногледачи, парамедици. Целият процес на планиране, обучение и квалификация на тези кадри се осъществява в сферата на професионалното образование и се определя единствено от бизнес-планове на съответните центрове за професионално обучение.

В системата на здравеопазването все още няма систематична визия и политика за пълноценното използване и развитие на този вид персонал, които биха могли да компенсират в определена степен засилващият се дефицит на медицински кадри. Известен напредък е налице по отношение на професията „парамедик“, но и там липсват активни мерки по планиране, контрол върху качеството на обучение и осигуряване на възможности за трудова реализация в системата за спешна медицинска помощ, в т.ч. и за тяхното продължаващо обучение.

Сериозен проблем се явява и липсата на ефективни вътрешни системи за обучение и квалификация на персонала в лечебните заведения. Много често наличните вътрешни системи функционират формално, липсва изграден капацитет за тяхното планиране и управление на ниво лечебно заведение, както и за оценка на резултатите.

Миграция

България е изправена пред общите за всички държави-членки предизвикателства, свързани с работната сила в здравния сектор на ЕС: застаряваща работна сила и недостиг на попълнения от млади хора в системата, които да заместят напускащите; недостатъчната привлекателност за младите поколения на някои професии в сектора на здравеопазването (най-вече тези от професионално направление „Здравни грижи“); миграцията на медицинските специалисти в рамките на страната от по-малките към поголемите населени места, както и миграцията на здравни работници в ЕС и извън него; нееднаквата мобилност в рамките на ЕС – придвижването на здравни специалисти от по-бедните към по-богатите страни в ЕС. Това налага предприемането на подходящи стъпки за подготвяне и задържане на достатъчен брой собствени медицински специалисти, което е предизвикателство, общо за всички страни, дори и за икономически добре развитите.

МЗ издава удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България.

През последните 10 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани. Намалението е близо три пъти – от 655 през 2008 г. до 222 за 2017 г. Особено интензивно е то в периода 2014-2017 г., когато броят им намалява близо 2 пъти. Една от основните причини за това, както според Министерството на здравеопазването, така и според Асоциацията за развитие на медицинската общност, е промяната в системата за специализация,

реализирана чрез Наредба № 1 от 2015 г. и насочена към преодоляване на редица отчетени проблеми.

За последните 10 години е налице тенденция за намаляване и на броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина. През 2016 г. са издадени само 181 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на медицински сестри, завършили в България, а през 2017 г. - 121. За сравнение в периода 2012-2016 г. са издавани между 181 и 327 удостоверения, а в периода 2007-2011 г. – между 356 и 687 удостоверения.

Важно е да се има предвид обаче, че от броя на издадените удостоверения не може да се направи извод колко от медицинските специалисти действително са заминали и са започнали работа по специалността си извън страната. Броят на тези удостоверения е мярка по-скоро за потенциалната емиграция на медицинските специалисти, тъй като издаването на удостоверение не е еквивалентно на заминаване в друга държава с цел дълготрайно установяване там. Част от издаваните удостоверения са необходими за признаване на професионалната квалификация в друга държава с цел обучение или краткосрочна работа, след което медицинският специалист се завръща в България. Също така част от медицинските специалисти желаят издаване на удостоверение без да имат конкретна възможност да започнат работа в чужбина. Общо през 2016 г. са издадени 892 удостоверения, необходими за работа в чужбина на лица (български граждани и чужденци), придобили професионална квалификация по медицинска професия в България, а през 2017 г. - 850.

През 2016 г. МЗ, като компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии, е издало 68 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването на лица, придобили професионалната си квалификация в чужбина, а през 2017 г. - 115.

Дейност по реализация на политиката

По мярка 2.7.1. Развитие на механизми за определяне и планиране на потребностите от медицински и немедицински специалисти в здравеопазването по региони и по категории в зависимост от здравнодемографските характеристики на населението

Приемането през 2016 г. на Националната здравна карта, в която бяха планирани потребностите от медицински специалисти (лекари, лекари по дентална медицина и специалисти по здравни грижи) в извънболничната помощ бе ключова стъпка за реализацията на мярката. *(Виж мярка 2.4.1, 2.4.7)*

Планирането на потребностите по области, региони и по категории медицински персонал бе осъществено на база на данните в Областните здравни карти за здравнодемографските характеристики на населението във всяка област и обръщаемостта на населението към медицинска помощ в извънболничната медицинска помощ.

Направения в Националната здравна карта Анализ на състоянието в областите, относно необходимите медицински специалисти в извънболнична помощ (Приложение 32 на НЗК) показва дисбалансите по отношение на потребности и налични ресурси и е обективна основа за планиране на нуждите от обучение и квалификация за осигуряване на този сектор от системата на здравеопазването.

За нуждите на планирането на потребностите от специалисти в сектора на спешната медицинска помощ в Националната здравна карта са определени потребностите от структури за спешна медицинска помощ – центрове, филиали,

изнесени екипи и спешни отделения с нива на компетентност. През 2016 г. бе създаден и Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, който следва да проучва потребностите от кадри с определена квалификация в системата.

В сектора на болничната медицинска помощ основа за планиране на потребностите от медицински специалисти са регламентираните чрез Националната здравна карта потребности от болнични дейности по видове и нива на компетентност, както и техният капацитет, определен чрез определения необходим брой болнични легла. По този начин чрез областните и националната здравна карта се създава устойчив механизъм за поддържане на актуална информация, анализ и адекватно планиране на потребностите от отделните видове медицински специалисти.

Приложението на НЗК в частта за болничната помощ обаче изисква наличието на система от медицински стандарти по всяка медицинска специалност, регламентиращи необходимия минимален брой лекари, специалисти по здравни грижи и други немедицински специалисти в болничните отделения по нива на компетентност, пряко обвързани с броя на разкритите болнични легла. Липсата на такива изисквания в медицинските стандарти на този етап прави невъзможно практическото реализиране на мярката в болничния сектор.

По мярка 2.7.2. Разработване и въвеждане на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването и следене на миграционните процеси като част от националната здравно-информационна система

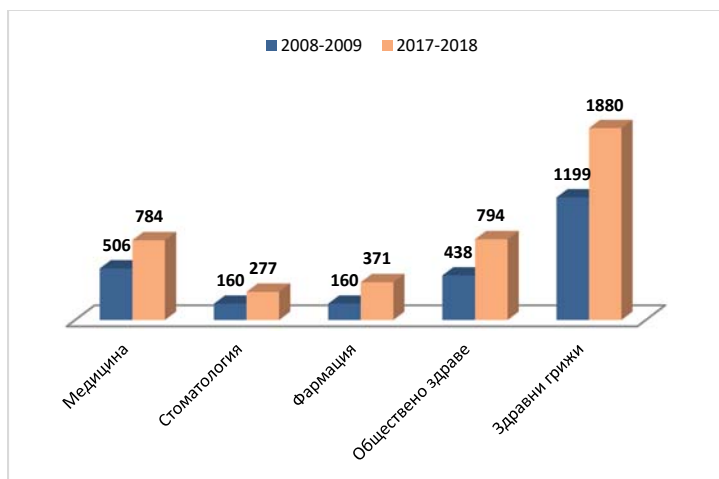
Въвеждането на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването следва да бъде изградена в рамките на проекта за изграждане на Националната здравно-информационна система. (Виж Политика 2.6)

По мярка 2.7.3. Създаване на механизми за обвързване на приема за обучение на медицинските специалисти (лекари, специалисти по здравни грижи и др.) с установените потребности и дисбаланса в осигуреността с кадри в системата

Осигуреността с медицински специалисти в страната все още е на високо ниво, но задълбочаващите се процеси на застаряване на кадрите и миграция на медицински специалисти в най-активна възраст (близо 50% от лекарите и специалистите по здравни грижи, които напускат страната са на възраст между 46 и 60 г.) налагат своевременно планиране на бъдещите потребности на системата. В тази връзка през 2016 г. и 2017 г. МЗ води целенасочена политика, в партньорство с МОН, за увеличение на броя на студентите в професионалните направления с установен недостиг на специалисти (професионално направление „Здравни грижи“) в сферата на здравеопазването .

Данни на МОН от изследване на утвърдения план-прием по професионални направления за последните 10 години показват, че медицинските специалности са сред професионалните направления с най-голямо увеличение на план-приема за учебната 2017-2018 година спрямо 2008-2009 учебна година. (Фиг. 114) Увеличението варира от 155% до 237% по отделните професионални направления.

Фигура 114. Брой студенти по професионални направления през учебната 2017-2018 година спрямо 2008-2009 учебна година, план



Източник: МОН

През последните две учебни години – 2016-2017 г. и 2017-2018 г., в групата на професионалните направления от сферата на здравеопазването се наблюдава и значително увеличение на приетите студенти спрямо общия план-прием, като най-висок е относителния дял в професионално направление „Здравни грижи“ – 4.12%.

В рамките на тази положителна тенденция обаче, през последните години се наблюдава дисбаланс в съотношението на утвърдените места за студенти по „медицина“, които превалят спрямо броя на студентите по специалност „медицинска сестра“. Прието е, че за оптималното функциониране на здравната система е необходимо съотношението медицински сестри:лекари да е поне 2:1. С цел избягване на отрицателните последици от неблагоприятното съотношение между медицинските специалисти, МЗ ежегодно предлага на Министерския съвет при утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България да се увеличи максимално броят на студентите по специалност „медицинска сестра“ в рамките на капацитета на висшите училища.

Предприетите действия за разширяване на приема на студенти по медицински направления доведоха до увеличение и на броя на завършващите медицински специалисти.

По мярка 2.7.4. Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към обучение и специализация на медицински специалисти в области, в които има сериозен дефицит на кадри

Една от най-важните мерки за задържане на младите лекари и други медицински специалисти в страната е възможността за професионално развитие. По тази причина приоритетна цел, по която Министерството на здравеопазването работи активно, е създаването на привлекателни условия за придобиване на специалност. Редът и условията за специализация се регламентират от Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 7 от 2015 г., с посл. доп., бр. 88 от 2016 г.), с която е осъществена концептуална промяна в реда и условията за специализация – значително се облекчава достъпът и се подобряват условията за специализация. Обучението по клинични специалности се осъществява въз основа на трудов договор, което гарантира в най-пълна степен правата и задълженията на специализанта, включително получаване на адекватно трудово възнаграждение.

С новата наредба се създадоха допълнителни стимули за завършването на обучението на специализантите по дефицитни специалности, като Анестезиология и интензивно лечение, Обща и клинична патология, Педиатрия, Спешна медицина, Инфекциозни болести и Неонатология. Създадоха се и по-достъпни условия за обучение за придобиване на специалност Обща медицина и на специалности за лекари по дентална медицина, съобразени със спецификата на организацията на първичната и денталната помощ в страната, както и по-достъпни условия за обучение на чужденци от държави извън ЕС.

През 2016 г. специализантите по Наредба № 1 от 2015 г. са 1 338 – от тях 1 240 са започнали обучението си по Наредба № 1 от 2015 г., а 98 са прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. С това общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. става 2 542, от които 2 097 започнали обучението си по Наредба № 1 от 2015 г. и 445 прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 2006 г.

През 2017 г. общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. е 3 612 (от които 3100 са започнали обучението си по Наредба № 1 от 2015 г., а 509 са прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването). Специализантите, започнали обучението си през 2017 г. са 1 070. Според проведени от Асоциацията за развитие на медицинската общност проучвания сред млади лекари и студенти по медицина се отчита значително увеличаване на доверието към новата система на специализации, както и спад в желанието за емиграция с около 30% спрямо предходно действащата наредба (отменената Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването). Успехът на Наредба № 1 се потвърждава и от факта, че повече от 70% от завършилите през последните 3 години лекари – български граждани вече са специализанти по реда на тази наредба.

Това показва, че новата Наредба № 1 от 2015 г. е една успешна стъпка към задържането на младите лекари и останалите медицински специалисти в страната.

За 2016 г. по реда на Наредба № 1 от 2015 г. министърът на здравеопазването е утвърдил 550 места за специализанти, за които държавата ще финансира таксата за обучение, а до държавен изпит за специалност са допуснати общо 940 кандидата (359 на майска и 582 на декемврийска сесия. През 2017 г. са обявени 566 места и са допуснати 1019 кандидата (349 на майската и 670 на декемврийската сесия).

През 2016 г. стартира проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването”, по който Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент и който се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г., съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд. Проектът дава възможност на лица, започнали обучението си за придобиване на специалност – лекари специализанти по медицина и лекари специализанти по дентална медицина, да продължат и завършат обучението си. Проектът допълва мерките за подкрепа на лица, започнали специализацията си, реализирани по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" 2007-2013 г. чрез проект BG051PO001 – 6.2.18-0001 „Нови възможности за лекарите в България”.

Чрез реализирането на проекта се осигурява възможност на 520 млади български лекари да придобият желана от тях специалност, като им се осигури заплащането на такси за обучение и на стипендии. Планираната стойност на проекта е 5 496 628, 40 лв. Предоставят се стипендии и се изплащат такси за теоретично и практическо обучение за оставащото време на обучението.

С промените в Закона за лечебните заведения бе регламентиран статута на специализиращите лекари, с което се създаде правна възможност за специализантите да участват равностойно в диагностично-лечения процес, в т.ч. по договор с НЗОК.

По Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“, осъществявана чрез финансовата подкрепа на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм бе осигурена подкрепа чрез предоставяне на стипендии на над 135 ромски студенти по медицински специалности на обща стойност 825 360 лв.

По мярка 2.7.5. Създаване на условия за разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.

В изпълнение на мярката бе разработена нова Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка” за 6 образователно-квалификационна степен „бакалавър”. С наредбата бяха транспонирани изисквания на Директива 2013/55/ЕС за регламентиране компетентностите на медицинските сестри, които трябва да придобият по време на обучението си (до тогава бяха регламентиран само знанията и уменията) и бяха актуализират компетентностите на акушерките.

С наредбата бяха въведени и единни държавни изисквания (ЕДИ) за професията „лекарски асистент“.

По мярка 2.7.6. Разширяване и преформулиране на компетенциите в професионалните направления и регламентиране на нови видове професии в системата на здравеопазване – лекарски асистенти, парамедици, болногледачи и др.

През 2014 г. стартира обучение по нова професия – лекарски асистент, която през 2016 г. става регулирана професия и бяха утвърдени Единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността. *(Виж мярка 2.7.5.)*

Основните дейности, които се предвижда да осъществява лекарският асистент са дейности по оказване на спешна и първична медицинска помощ. Съответно очакванията са обучените специалисти по тази професия да подпомогнат кадровото осигуряване на системата за спешна медицинска помощ и осъществяването на първична медицинска помощ в малките и отдалечени населени места като членове на екипите на общопрактикуващите лекари.

На 19.04.2016 г. е обнародвана Наредба № 1 от 7.04.2016 г. за придобиване на квалификация по професията "Парамедик". Съгласно наредбата парамедикът осъществява дейности по оказване на първа помощ, свързани с първоначална оценка и поддържане на основните жизнени функции и с осигуряване на специализиран транспорт до лечебно заведение, с което подпомага дейността на работещите в системата на спешната помощ медицински специалисти.

МЗ подкрепя и професионалното обучение на болногледачи и здравни асистенти, които предоставят базови здравни грижи и подпомагат дейността на специалистите по здравни грижи в лечебни заведения, заведения за медико-социални грижи и др. Дейността им ще се отрази благоприятно върху медицинските сестри и акушерките като им даде възможност да се фокусират върху специфичните за професионалната им квалификация дейности.

По мярка 2.7.7. Актуализиране на учебните планове и програми във висшите училища, насочени към разширяване на практическите умения на медицинските специалисти с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност

През 2016 и 2017 г. са актуализирани и утвърдени общо 22 учебни програми за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с цел придобиване на актуални знания, умения и компетентности. Учебните програми бяха разработени от националните консултанти по съответната специалност и/или председателите на изпитни комисия за държавен изпит за специалност бяха утвърдени от министъра на здравеопазването след съгласуване със съответната съсловна организация и висшите училища.

По мярка 2.7.8. Усъвършенстване на процеса на специализация на специалистите в здравеопазването, включващо либерализиране на достъпа до специализация и повишаване на изискванията в хода на обучението и при придобиването на специалност

С приетата Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването бе осъществена концептуална промяна в реда и условията за специализация, която значително облекчи достъпа и либерализира условията за специализация. Едновременно с това, сключването на трудов договор между специализанта и лечебно заведение дава възможност за повишаване на отговорностите на специализиращите и контрол върху процеса на специализацията. *(Виж мярка 2.7.4.)*

Допълващ ефект за изпълнението на мярка бе направената през 2016 г. промяна в ЗЛЗ, която даде възможност на специализиращите лекари да участват равностойно в лечебно-диагностичния процес, в т.ч. и при изпълнение на дейности, заплащани от НЗОК.

Актуализирането на учебните програми също бяха насочени към повишаване на изискванията за придобитите знания и умения в хода на обучението и при придобиването на специалност. *(Виж мярка 2.7.7.)*

По мярка 2.7.9. Развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организирането и провеждането на обучението

С цел осигуряване на устойчива система за продължаващо обучение на медицинските специалисти като условие за повишаване на качеството на медицинската помощ, през 2016 г. МЗ съвместно със съсловните организации, подготви промени в Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина и Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, с които се регламентират правните основания за въвеждане на системи за задължително продължаващо обучение. Проектозаконът за изменение и допълнение на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти бе приет от Министерски съвет и внесен в Народното събрание през м. октомври 2016 г. С измененията в закона се регламентира професионалното развитие на специалистите по здравни грижи, така че то да гарантира поддържането, повишаването и разширяването на теоретичните знания и практическите умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи. То ще се отразява в квалификационни нива, определени в квалификационна рамка, приета от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Квалификационните нива ще удостоверяват придобити знания, умения и компетентности, усвоени в рамките на продължаващото медицинско обучение или придобитата специалност в системата на здравеопазването за период от пет години.

С проектозакона бяха предложени изменения и в чл. 182 от Закона за здравето, с които продължаващото медицинско обучение става задължително за медицинските

специалисти и контролът върху това обучение се възлага на съответните съсловни организации.

По този начин бе осигурен механизъм за активното ангажиране на съсловните организации в процеса за развитие на човешките ресурси в системата, като основна предпоставка за непрекъснато повишаване на качеството на медицинската помощ. МЗ активно подкрепя усилията на съсловните организации на медицинските специалисти за развитие на системата за продължаващо обучение, в т.ч. обвързването му с правото за практикуване на професията и заплащането на труда.

В унисон с тази политика в сектора на спешната медицинска помощ бе осигурен механизъм за подкрепа на обучението и квалификацията на работещите чрез създаване на специален орган – Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, финансиран със средства от държавния бюджет. *(Виж мярка 2.3.3.)*

По мярка 2.7.10. Разработване на нов модел за заплащане на работещите в здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност и постигнатите резултати

През 2016 г. МЗ подкрепи усилията на съсловните организации за разработване на нов модел за заплащане на работещите в здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност и постигнатите резултати, като създаде условия за интегриране на въвеждането на модела в общият процес на остойностяване на медицинските дейности. *(Виж мярка 2.1.9)*

Като стъпка в тази посока през 2016 г. МЗ подкрепи процеса на тристранно сътрудничество в сектор здравеопазване, в резултат на което на 10.10.2016 г. беше подписан новия Колективен трудов договор в отрасъл "Здравеопазване", който определя по-високи начални месечни възнаграждения (заплати) на работещите в системата на здравеопазване по длъжности, както и известна диференциация на база придобита образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност.

По мярка 2.7.11. Въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в системата на здравеопазване

В допълнение на общите мерки по спазване на националното законодателство за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, МЗ и неговите органи осигуриха изпълнението на специфични мерки и дейности за защита на работещите в системата на здравеопазването, свързани с контрола върху медицинските източници на нейонизиращи лъчения, протиепидемичен контрол, борба с инфекциите, свързани с медицинското обслужване и др.

ПОЛИТИКА 2.8. ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ

Преглед на политиката

В стратегията се посочва, че повишаването на качеството на здравните дейности е тясно свързано с развитието на националната система на здравеопазване, която трябва да се фокусира върху нуждите и очакванията на потребителите на здравни услуги и да въвлече в този процес участниците от всички нива.

Според стратегията е необходимо въведената институционална акредитационна система да бъде развита и да се превърне в ефективен инструмент за контрол и оценка на качеството на медицинското обслужване.

Нарастването през последните години на случаите с причинена вреда на пациента по време на диагностичния процес или лечение, довели до неблагоприятен изход, императивно налага да се започне работа по създаването на регистър на медицинските грешки. Този процес изисква приемането на ясно и еднозначно определение на понятието за медицинска грешка и нейните разновидности. Необходимо е разработване на класификация на неблагоприятните събития, което е важна предпоставка за тяхното отчитане. Тази информация трябва да служи за обучение на всички работещи в здравеопазната система - лекари, специалисти по здравни грижи и медицинска администрация, използвайки подходящи обучителни форми. С цел защита на пациента и медицинските лица е необходимо нормативно да се регламентира оправдания медицински риск, т.е. степента, до която този риск не следва да бъде санкциониран въпреки възникналата вреда в хода на лечебно-диагностичния процес.

Съсловните организации на лекари и лекари по дентална медицина, както и на фармацевти и специалисти по здравни грижи, следва да играят основна роля в процеса на осигуряване на качеството, особено при провеждането на изпреварващо обучение на членовете си и създаването на работни групи по въпроси на качеството в различните професионални сфери. Научните дружества и асоциации на специалистите в различни области на медицината следва да имат решаваща роля в разработването на препоръки, алгоритми за клинично поведение и тяхното периодично актуализиране. Образователните институции също трябва да играят важна роля в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване. Обучението в тази област следва да бъде интегрална част както от студентското, така и от следдипломното обучение.

Осигуряването на качеството на здравната помощ изисква определяне и координиране на отговорностите и усилията на всички участници в управлението на процесите в здравеопазването - на национално ниво – Министерство на здравеопазването, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, Национална здравноосигурителна каса, застрахователни фондове, а на областно и локално ниво – регионални здравноосигурителни каси, регионални здравни инспекции, общински и местни дирекции/отдели по здравеопазване.

Контролна дейност в извънболнична медицинска и дентална помощ

За периода от 01.01.2017 г. до 31.12.2017 г. от НЗОК и РЗОК са извършени 14 190 проверки на изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ: в лечебни заведения за ПИМП (ИП и ГП) – 4214 броя проверки; в лечебни заведения за СИМП: ИП и ГП-2447; ДКЦ -433; МЦ и МДЦ-784; СМДЛ- 192; ЛЗ за БП– 76 бр.; изпълнители на комплексно диспансерно наблюдение (КДН) – 8 бр.; в лечебни заведения за ПИДП-5970; за СИДП- 66 проверки.

За 2017 г. извършените проверки, отнесени към броя сключени договори на изпълнители на дентална помощ са 102,5% средно за страната, като в РЗОК Ловеч(260%) и РЗОК Ямбол (221%) са извършени най-голям брой проверки съпоставени с броя на сключените договори.

За 2017 г., извършените проверки, отнесени към броя на сключените договори на изпълнители на медицинска помощ са 111,4% средно за страната като с най-малък процент на извършени проверки спрямо сключени договори са РЗОК – София град – 30,8% и РЗОК — Шумен – 38,3%. Съвместните проверки с НЗОК са 11,1% от всички проверки на ИМП, като най-голям процент от проверките са съвместни в РЗОК Шумен – 42%, Пазарджик – 25,8%;

Констатирани нарушения

От извършените проверки на изпълнители на медицинска и дентална помощ при 8407 са установени нарушения, а при 6531 от проверките има установени суми за възстановяване. РЗОК Пловдив, Плевен и Благоевград са с най-голям брой извършени проверки и съответно с най-голям брой проверки с констатирани нарушения.

За периода януари – декември 2017 година са установени 20 030 нарушения от изпълнители на медицинска и дентална помощ. При една проверка на изпълнител на извънболнична медицинска и дентална помощ се откриват средно по 1,41 нарушения.

В ИМП са констатирани 13 431 бр. нарушения при 8154 бр. извършени проверки, като почти всички проверки касаят дейността на ИМП по програма "Детско здравеопазване", "Майчино здравеопазване", "условията и реда за оказване на медицинска помощ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ" и "профилактика на ЗОЛ". Средно при една проверка се констатира по 1,64 нарушение, като най-голям брой нарушения са констатирани именно по условия и ред за оказване на медицинска помощ – 7206.(53,7%). Най-често срещаните нарушения, извършени от ИМП са: нарушение на установените изисквания за работа с медицинска документация с изключение на случаите на явна фактическа грешка, в т.ч. несъздаване и несъхранение на здравно досие на ЗОЛ – 5332; нарушение на договорените по вид и обем мед. дейности и изследвания във връзка с диспансерно наблюдение на ЗОЛ над 18 год. – 2703; нарушение на договорените по вид и обем мед. дейности и изследвания във връзка с изпълнение на програма "Детско здравеопазване".- 1032.

Най-често срещаните нарушения, извършени от ИДП са по отношение на договорените по вид и обем дентални дейности – 1936; посочване на неверни данни в отчетите и справките – 1595 и Несъответствие между орален статус и извършени дейности за това ЗОЛ, както и при несъответствие в орален статус на ЗОЛ през различни периоди – 768.

Основният дял на проверките са свързани с условия и ред за оказване на медицинска помощ на ЗОЛ от ОПЛ и/или лекар – специалист, в това число и качеството на оказаната медицинска помощ по програма "Детско здравеопазване", "Майчино здравеопазване", по диспансерно наблюдение на ЗОЛ и профилактика на ЗОЛ над 18 години.

- Делът на нарушенията от всички нарушения в извънболнична медицинска помощ:
- по програма "Детско здравеопазване"- 1032 (7,7%)
 - по програма "Майчино здравеопазване" – 176 (1,3%)
 - по диспансерно наблюдение на ЗОЛ“ – 2737 (20,4%)

Независимо от увеличението на броя на диспансеризираните ЗОЛ, за основните социално-значими заболявания – заболявания на сърдечно – съдовата система (ССС), заболявания на дихателната система, гастроинтестинални заболявания и болести на черния дроб, заболявания на ендокринната система, разстройства на храненето и обмяната на веществата, Очни заболявания се наблюдава тенденция на относително запазване към намаляване на броя на хоспитализираните ЗОЛ, с диспансерни диагнози през деветмесечието на 2017 година спрямо същия период на 2016 г.- по „профилактика на ЗОЛ“- 880(6,6%).

Не са констатирани нарушения на изискванията на Наредба № 15 за имунизациите в Република България (имунопрофилактика) на ЗОЛ до 18 годишна възраст при извършените проверки, съгласно правомощията и компетентността на длъжностните лица от НЗОК/РЗОК.

При провеждане на анкети с родителите на децата, отказали имунизации, най-често посочваните мотиви са:

- че се страхуват от неблагоприятни последици за здравето на детето след имунизация;
- получена информация в интернет или от други родители за евентуални усложнения;
- поради религиозни съображения (единичен случай);
- родители на деца с двойно гражданство.

По-големият брой от насочените за хоспитализация ЗОЛ са в напреднала възраст със заболявания на опорно-двигателния апарат и на периферната нервна система, трудно подвижни, при които проведената физиотерапия и рехабилитация в извънболничната медицинска помощ (до 20 процедури) не е с достатъчен терапевтичен ефект, и индикацията на КП 262, 263 265 позволява ЗОЛ да бъде хоспитализирано.

През 2017 г. са получени общо 536 жалби за извънболнична медицинска и дентална помощ. Извършени са 479 проверки по жалби на изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ. Установено е, че 192 бр. от жалбите са основателни. Броят на неоснователните жалби е 275 бр. По компетентност към други институции са изпратени 43 жалби. На 71 бр. жалби са изготвени отговори на база действащата нормативна уредба.

Основни причини за жалбите са: Нарушаване правото на пациента за свободен избор на лекар; Морално етични проблеми; Отказ за издаване на направления за СМД, МДИ, ВСМД и ВСМДИ; Неоснователен отказ за оказване на медицинска/дентална помощ на ЗОЛ; Отчитане на медицинска / дентална дейност, която не е извършена; Заплащане или доплащане на дейност от ЗОЛ за дейност напълно или частично платена от НЗОК; Неоказана в полза на ЗОЛ медицинска / дентална помощ по вид, обхват, обем и качество; Неправомерно вземане на суми за издаване на медицински документи.

В заключение, контролната дейност през 2017 година е в съответствие с действащата нормативна уредба и отговаря на поставените цели и приоритети. Основната цел за ефективност и ефикасност на контролната дейност и недопускане на преразход на средства е реализирана като акцент на проверките са условията и редът за оказване на медицинска и дентална помощ на ЗОЛ.

Заключение: Независимо от нееднозначното тълкуване и прилагане на нормативната уредба от съдилищата в Република България, множеството отменени наредби, с които са утвърдени медицински стандарти, бланкетността на определени разпоредби, усилията на агенцията насочени към подобряване и постоянно усъвършенстване на знанията и уменията на служителите са резултативни.

ПОЛИТИКА 2.9. ЕФЕКТИВНО СТРАТЕГИЧЕСКО И ОПЕРАТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Преглед на политиката

В стратегията се посочва, че анализът на резултатите от започналата през 1999 г. здравна реформа в България е открил като съществена бариера за постигане на поставените цели непреодоленият управленски дефицит на всички нива в системата. Промяната в структурата и финансовите механизми на системата не е била подкрепена от адекватни промени в управленския стил и организационната култура. Липсата на консенсус за дългосрочните стратегически цели и приоритети на здравеопазването и политическата неустойчивост не са позволили своевременното провеждане на необходимите промени и са задълбочили дисбалансите в системата. Досегашният акцент

и фокус в управлението на здравната система е насочен изключително към оперативния мениджмънт (текущ, краткосрочен, ежедневен и фрагментиран), без ясна ориентация към средносрочни и дългосрочни цели и резултати.

Според стратегията настоящата ситуация и прогнозите за здравно-демографското и икономическо състояние на страната в следващите години определя потребността от ясна стратегическа ориентация в управлението на здравната система за реализация на формулираните цели, приоритети и политики.

На национално ниво стратегическото управление, осъществявано от Министерство на здравеопазването следва да се насочи към предвиждане на промените, стимулиране на иновациите и инвестиране в промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Публичните политики трябва да бъдат достатъчно гъвкави, за да отговорят на сложността и да са подготвени за несигурността. Следва да се развива взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации при разработването и изпълнението на стратегии и програми от национално и международно значение, имащи пряко или косвено отношение към здравето. Публичните институции на всички нива следва да обмислят създаването на капацитет в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите на здравето, както и да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти.

Решаваща предпоставка и условие за изграждането на здравна система, ориентирана към качество и резултати, е осигуряването на компетентно оперативное управление в лечебните заведения. Управлението на лечебните структури следва да преразгледа разбирането за мениджмънта като управление на сбор от сгради, апаратура и технологии и едва на последно място на хора и да развие управленска философия, ориентирана към търсене на ключовите механизми за активизиране и стимулиране на основния фактор в системата – хората. Това ще осигури формиране на организационна култура и подкрепа на медицинските специалисти за реализация на здравнополитическите цели.

Дейност по изпълнение на политиката:

По мярка 2.9.1. Повишаване на капацитета за междусекторно сътрудничество за реализация на стратегическите цели в полза на здравето

Националната здравна стратегия 2020 изрично посочва необходимостта от прилагане на подхода „здравето във всички политики“ и подчертава, че управлението, насочено към подобряване на здравето и благосъстоянието, не следва да е приоритет само за здравната система. Това следва да е двупосочен процес, който гарантира, че във всички сектори има яснота и решителност за действия за осигуряване на по-добро здраве, като в същото време се взема предвид и начинът, по който здравето влияе на всички тях.

През 2016 г. основна платформа за реализация на междусекторното сътрудничество бе Програмата на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г.

В рамките на реализирането на ключови за развитието на системата на здравеопазване международни и европейски проекти бе реализирано активно сътрудничество с Министерски съвет, Министерството на труда и социалната политика, Министерството на регионалното развитие и благоустройството, Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерство на икономиката.

Постоянно е сътрудничеството с МТСП по отношение на интеграцията на секторите на здравеопазването и социалните грижи в областта на интегрираните

здравно-социални услуги, медицинската експертиза на работоспособността и степен на увреждане, социално подпомагане на лица с медицински проблеми и др.

Сътрудничеството с МОН е насочено към постоянно усъвършенстване на качеството на обучението на специалисти, необходими за системата на здравеопазването и адекватно планиране, в съответствие с потребностите на системата и капацитета на учебните заведения.

Взаимодействието с МВР бе в областта на подобряване на координацията и взаимодействието при оказване на спешна медицинска помощ и спасителни действия при бедствия, както и в областта на превенция на насилието срещу медицинските специалисти. Съвместно с МВР и органите на прокуратурата бяха предприети действия по установяване и предотвратяване на лоши практики и борба с корупцията.

Трайно е взаимодействието със Министерството на отбраната във връзка с планиране на медицинското осигуряване на населението във военно време, както и при осигуряване на санитарна авиация за медицинска евакуация.

Сътрудничеството с Министерството на туризма е насочено към подобряване на медицинското обслужване в курортните и туристически обекти, както и прецизиране и регламентиране на спа и уелнес услугите, които могат да окажат влияние върху здравето на човека.

В сферата на дейностите, свързани с опазване на общественото здраве, в т.ч. противоепидемичния контрол, са изградени трайни взаимоотношения с Министерството на околната среда и водите и Министерството на земеделието и храните по отношение на контрола върху рисковите фактори за здравето, свързани с качеството на въздуха, водите, храните и др.

По мярка 2.9.2. Развитие на механизмите за реално гражданско участие, подкрепа и граждански контрол върху здравната политика и върху управлението на промените в здравната система

Осигуряването на ефективни механизми за участието на гражданското общество в процесите на вземане на решения в областта на общественото здраве и изграждането на култура и механизми за сътрудничество между правещите политиката в областта на общественото здраве и тези, за които тя се прави, бе един от приоритетите в дейността на Министерството на здравеопазването през периода. То се ангажира със създаването и развитието на инициативата „Партньорство за здраве“ като постоянен, динамичен, развиващ се форум за взаимодействие между всички обществени групи, заинтересовани от процесите в системата на здравеопазването, който да гарантира публичност и прозрачност при вземането на решения. Още при стартирането на инициативата бе взето решение тя да бъде институционализирана, за да бъде гарантирана нейната устойчивост. С Постановление № 151 на МС от 15.06.2015 г. беше създаден Съвет „Партньорство за здраве“ - консултативен орган на Министерския съвет за координация и сътрудничество при разработване и провеждане на политики в областта на общественото здравеопазване и подобряване достъпа до своевременно, адекватна и ефективна медицинска помощ и здравни услуги за гражданите.

Основните цели на съвета са постигане на взаимодействие, широк обществен консенсус и сътрудничество при разработването, провеждането, мониторинга и оценката на здравните политики, както и при осъществяването на реформи в сферата на здравеопазването.

Към Партньорството през 2016 г. и 2017 г. функционираха 3 работни групи - „Реформа в организацията на здравеопазването“, „Качество на здравната система“ и „Лекарствена политика и медицински изделия“.

Проведените дискусии и изразените мнения в работните групи допринесоха за подобряване на управленските решения.

Развитието на инициативата в бъдеще ще осигури необходимите условия за трансформация на модела на управление на здравеопазването от централизиран модел до модел на сътрудничество, който провежда колективно управление чрез широк кръг държавни и обществени участници, включително граждани, неправителствени организации и медии.

По мярка 2.9.3. Повишаване управленската компетентност на ръководните кадри на всички нива в системата на здравеопазването

Управлението на процесите в системата на здравеопазването изисква специфичен комплекс от компетентности, който съществено се различава от другите социално-икономически сфери. Наличието само на медицински или само мениджърски компетентности крие управленски риск, който често е подценяван при избора на ръководни кадри.

МЗ е осигурило прозрачна процедура за оценка на професионалните компетентности на ръководителите на своите второстепенни разпоредители с бюджет чрез конкурс и периодична атестационна процедура. Конкурсен е изборът и на всички ръководители на лечебни заведения – 100% държавна собственост.

Въведените в ЗЛЗ изисквания към квалификацията на управителните органи на лечебните заведения, независимо от тяхната собственост са база за отговорен избор от страна на собствениците.

По мярка 2.9.4. Въвеждане на системи за мониторинг и оценка на въздействието на политиките, имащи отношение към здравето

Националната здравна стратегия 2020 има ясно разписана система за оценка и мониторинг на степента на изпълнение на заложените в нея политики, част от която се явява настоящият доклад.

Системата за мониторинг и оценка на Националната здравна стратегия 2020 е представена в раздел Мониторинг и оценка на стратегическия документ. Съгласно него тя е част от общата система за мониторинг и оценка на политиките за опазване на здравето и благосъстоянието, фокусирана върху изпълнението на Национална програма за развитие: България 2020, Националната програма за реформи, Национална здравна стратегия 2020 и други свързани със здравето и здравната система програмни документи и планове.

Обект на мониторинг и оценка са приоритетите и политиките за реализация на националните здравни цели, заложените в Националната здравна стратегия и разработения План за действие към нея.

Мониторингът на Националната здравна стратегия 2020 има за цел да осигури ефективни механизми за систематичното и непрекъснато събиране, анализ и използване на информация с цел управленски контрол, идентифициране и предприемане на корективни действия при реализацията на стратегическия документ

В Националната здравна стратегия 2020 е предвидено процесът на мониторинг на нейното изпълнение да се осъществява непрекъснато и се отчита ежегодно при изготвяне на годишния доклад за здравето на гражданите.

Оценката на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 има за цел да установи доколко постигнатите резултати от изпълнението на заложените политики съответстват на обществените очаквания и потребности от развитието на системата на здравеопазване.

Съгласно Националната здравна стратегия 2020 междинната оценка за нейното изпълнение следва да се извърши едновременно с междинната оценка на резултатите от прилагането на Националната програма за развитие: България 2020 и изпълнението на предварителните условия в част Здравеопазване по Споразумението за партньорство с ЕК. В зависимост от резултатите от оценката се взема решение за актуализиране на Плана за действие за периода до 2020 г.

Окончателната оценка на резултатите от изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 следва да бъде осъществена към момента на приключване на срока за реализация на Плана през декември 2020 г.

Поради краткия срок на действие на Националната здравна стратегия 2020 (приета от Народното събрание на 17.12.2015 г.) в Доклада за състоянието на гражданите за 2015 г. не бе извършен мониторинг на изпълнението на НЗС 2020, въпреки че изпълнението на част от мерките, залегнали в проекта на стратегия стартираха още през 2015 г.

Настоящият доклад за състоянието на здравето за 2017 г. е вторият, в който се отчита изпълнението на приоритетите и политиките на НЗС 2020 и степента на изпълнение на националните здравни цели.

ПРИОРИТЕТ 3. УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

ПОЛИТИКА 3.1. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

По-голямата част от дейностите през 2017 г., насочени към промоция на здравето и превенция на болестите, са извършени в рамките на Националната програма за превенция на ХНБ 2014-2020 г..

Актуализиран е съставът на националния програмен съвет, областните програмни съвети, областните работни групи и координатори на програмата. Проведени са заседания във връзка с актуализацията и на програмата. Организиран и проведен са две национални работни срещи за обсъждане и оценка на резултатите от програмата, включително и предприемането на мерки за оптимизиране на дейностите, включени в нея.

Във връзка с повишаване на нивото на информираност, обучение и включване на населението в дейностите по програмата са реализирани множество насочени образователни мероприятия (радио и телевизионни програми, публикации, пресконференции, информационни кампании и др. инициативи) за ограничаване на тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол, за редовна физическа активност, укрепваща здравето и здравословно хранене.

Разработени и разпространени са значителен брой образователни материали (плакати, информационни брошури, листовки, дипляни и др.) сред населението, включително детското население, за вредите от тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол, за здравословното хранене и ползата от физическа активност, спорта и туризма за здравето.

Извършената дейност сред населението до 19 г., общо по четирите фактора на риска: Организиран и проведен са 125 кампании, отбелязани са 129 световни, международни и тематични дни, и празници. Излъчени са: 241 ТВ предавания, 269 радиопредавания, 766 аудио и видеоклипове, видеопокази; публикувани са 289 материала в местни и централни ежедневници, 403 в интернет; организирани са 7 пресконференции с журналисти; изнесени са 792 лекции (с 22806 участници) и 884 беседи (с 25324 участници); 207 дискусии (с 22699 участници); проведени са 156

семинари (с 3619 участници); 99 тренинги (с 2783 участници); 2633 индивидуални и групови обучения. Проведени са 9 проучвания (с 2380 участници). Тиражирани и разпространени са 920 здравнообразователни материала, с тираж 37241, разнообразни по съдържание, касаещи различни възрастови групи (методични помагала, дипляни, плакати, стикери, календари и др.)

Извършената дейност сред населението над 20 г., по четирите фактора на риска. Организиран и проведен са 95 кампании, посветени на контрола на хроничните незаразни болести и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението, отбелязани са 95 тематични, световни и международни дни, и празници. Излъчени са: 139 ТВ предавания, 138 радиопредавания, 99 видеоклипове и видеопокази; публикувани са 203 материала в местни и централни ежедневници, в интернет 303; организирани са 2 пресконференции с журналисти; изнесени са 233 лекции (с 5836 участници) и 229 беседи (с 7067 участници); проведени са 136 семинари (с 4297 участници), 134 дискусии (с 3029 участници), 1 тренинг (с 9 участници); извършени са 3558 индивидуални и групови обучения. Проведени са 6 проучвания (с 956 участници). Тиражирани и разпространени са 55 здравнообразователни материала, с тираж 64273 (информационни бюлетини, методични помагала, дипляни, плакати, стикери, календари и др.).

По отношение на изграждането на капацитет и умения за консултиране и подкрепа у медицинските и немедицински специалисти са организирани и проведени редица обучителни курсове и семинари, конференции, работни срещи и кръгли маси за обмяна на опит. Проведени са обучителни курсове и за специалистите от РЗИ, а също и за партньорите по програмата, с предоставяне на информационни материали с цел формиране у тях на активна позиция и устойчива мотивация за здравословен начин на живот.

Разработени са ръководства за добра практика на медицинските специалисти, а също и Медицински стандарт по хранене и диетика, внесен в МЗ за обсъждане и одобрение.

Дейности, свързани с изграждането на капацитет и умения за консултиране и подкрепа у медицинските специалисти. Проведени са 3 обучителни курса и 15 семинара с 175 участници и 33 индивидуални обучения и консултации за разпространението на хроничните болести, факторите на риска за тях, развиването на умения за прилагане на добра профилактична и терапевтична практика и др. *За изграждане на капацитета на медицинските специалисти от детските заведения и училищата* в областта на промоцията на здраве и превенцията на ХНБ са проведени 7 обучителни курса и 116 семинара, с общо 3468 медицински специалисти. Извършени са 805 индивидуални обучения и консултации. *Повишаването на капацитета на специалистите от РЗИ* е насочено в областта на поведенческите фактори на риска и методите за оценката на резултатите от дейностите по програмата. През годината са проведени над 176 индивидуални обучения и консултации, 22 семинари и курсове с 330 специалисти. *За повишаване знанията на немедицинските специалисти и партньори по програмата* са проведени 59 обучителни курса и семинара с 1006 участници и 565 индивидуални обучения и консултации.

В реализирането на голяма част от дейностите за повишаване на знанията и изграждане на поведение за здравословен начин на живот на населението **участват различни структури на здравната система (МБАЛ, МЦ, ДКЦ, ПИМП, СИМП, диспансери и др.)**, което създава добра възможност за интегриран подход към здравнообразователната и терапевтична дейност.

От изключително значение е **включването на обществените структури и общности** в дейностите по програмата - доброто сътрудничество и подкрепа на местната

законодателна и изпълнителна власт, а също и на множеството партньори на програмата. Добра инициатива на МЗ и НЦОЗА е провеждането ежегодно на национална среща с бизнес операторите на храни за промоция на реформулирането на храните, с цел намаляване съдържанието на сол, мазнини, наситени мастни киселини, транс-мастни киселини, добавена захар и повишаване наличността им на пазара.

През годината *са актуализирани редица нормативни документи*. Актуализирана е Наредба №23 за физиологични норми за хранене на населението в България. Разработени са предложения за промени в нормативните актове, засягащи регулацията на употреба на растителни смеси за пушене с наргиле от непълнолетни лица и тяхното разпространение. Изготвен е доклад с предложения за промени в Закона за здравето, Закона за тютюна, Закона за закрила на детето, Закона за акциза и данъчните складове.

Извършени са редица *проучвания и анализи на здравно-демографското състояние на населението*. В рамките на различни кампании и инициативи са извършени анализи на факторите на риска за възникване на хронични незаразни болести (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност), а също и анализи от проведени измервания на кръвно налягане; функционални измервания на дишането (спирометрии), включително и на количеството на въглероден окис в издишан въздух; тегло; ръст; кръвна захар; костна плътност, изследвания за рак на гърдата и други. Общо през годината са проведени 15 проучвания с 3336 обхванати лица.

В НЦОЗА е изготвен анализ във връзка с Европейската инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца; проведено е валидизационно проучване и анализ на приема на натрий сред населението в България на възраст 15-75 г. чрез определяне екскрецията на натрий в порция 24-часова урина, 2017 г., а също и на зависимостта между кърмене, социален статус, демографски характеристики и ВМІ за лица на възраст 1-6 г. и други.

През отчетната година, въз основа на подадените от медицинските специалисти от здравните кабинети обобщени данни от профилактичните прегледи (извършени от ОПЛ), са изготвени и анализи за здравословното състояние на децата и учениците през учебната 2016/2017 г. Същите са предоставени на МЗ и областните администрации за информизиране и предприемане на съответни мерки.

По отношение на дейностите, насочени към ранното откриване на водещите ХНБ, са изпратени поименни покани до 6 000 души от определените за провеждане профилактични прегледи и ранна диагностика на три социално значими онкологични заболявания целеви групи. Прегледани/изследвани са: 267 лица (13.3%) за скрининг на *рак на шийката на матката*; 411 лица (20.3%) за *рак на млечната жлеза* и 268 лица (13.4%) за *рак на дебелото черво*. Прегледите и изследванията са извършени в 75 лечебни заведения от страната.

ПОЛИТИКА 3.2. НАДЗОР НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ

По Мярка 3.2.1 Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по надзор на заразните болести на национално и регионално ниво и надграждане на утвърдената национална политика

През 2017 г., в резултат на дейността на системата за надзор на заразните болести, не бяха установявани сериозни и непосредствени опасности, свързани с риска за здравето на населението, което е постигнато благодарение на своевременното прилагане на профилактични и незабавни протиепидемични мерки.

Протиепидемичните дейности през 2017 г. бяха фокусирани върху:

- имунизационния обхват със задължителни и целеви имунизации и предприемане на мерки за неговото повишаване;
- организиране и провеждане на незабавни профилактични и противоепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;
- недопускане внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск, както и от възникване и разпространение на взривове и епидемии от други заразни болести, в това число и провеждане на граничен здравен контрол;
- осигуряване на материали и консумативи за извършване на своевременна и прецизна диагностика на заразните болести;
- своевременно съобщаване, регистриране и проучване на възникнали случаи заразни заболявания;
- изпълнение на профилактични програми и проекти, насочени към посрещане на грипна пандемия и минимализиране загубите от нея, сертифициране на България като свободна от морбили и вродена рubeола, профилактика и контрол на вътреболничните инфекции; първична профилактика на рак на маточната шийка, профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората.

Осъществяването на дейностите бе затруднено поради наличната през последните години тенденция на отлив на желаещи да работят в сферата на надзора на заразните болести на национално и регионално ниво специалисти (лекари, биолози, здравни инспектори и лаборанти).

Липсата на квалифицирани служители значително затруднява изграждането на административен капацитет, отговорен за провеждането на националната политика по откриване и незабавен отговор при появата на заразни болести, предотвратяване разпространението им и възникването на епидемични взривове и епидемии.

Необходими са допълнителни мерки за създаване на стимули за професионално развитие на медицинските специалисти в системата чрез осигуряване на възможности за обучение и специализация и увеличаване на трудовите възнаграждения на работещите, които изостават в сравнение с останалите структури в здравеопазването. За повишаване на капацитета на системата за надзор на заразните болести през 2017 г. по проблеми, свързани с провеждането на епидемиологичен и лабораторен надзор на заразни болести, са проведени общо 39 тематични курса и 46 индивидуални обучения.

По мярка 3.2.2. Последователна и целенасочена държавна политика за осъществяване на високоефективен надзор на заразните болести и разходноефективна национална имунизационна политика, успоредно с повишаване знанията на медицинските специалисти и информираността на обществото по въпросите на профилактиката на заразните болести

Поддържането на ефективен епидемиологичен надзор на заразните болести е насочен към запазване и подобряване на достигнатите показатели на заболеваемост, смъртност и леталитет от заразни болести.

През годината са отчетени 52 393 случая на заразни заболявания, заболеваемост 737,74 ‰ спрямо 61 283 сл. и заболеваемост 856,67 ‰ през 2016 г. По-ниският брой заболели се дължи предимно на намаляване на заболеваемостта от варицела (25 007 случая през 2017 г., съответно 32 474 през 2016 г.) и от гастроентерити/ентероколити (14 650 случая през 2017 г., съответно 16 786 през 2016 г.), които формират основно и заболеваемостта от остри заразни заболявания в България. По отношение на смъртността от заразни заболявания, през 2017 г. са регистрирани 93 смъртни случая, смъртност -31 ‰, като основната причина за това

са невроинфекциите (менингити и/или менингоенцефалити и менингококова инфекция), причинили около 48,39% от всички починали.

Като цяло се отчита тенденция на задържане на достигнатите през последните години показатели на заболяемост, смъртност и леталитет, които за периода 2001-2017 г. варират между 648,92 - 932,65 ‰ (заболяемост); 0,87-1,70 ‰ (смъртност); 0,11-0,26 % (леталитет).

През 2017 г. са извършени 129 689 проверки на лечебни, детски и учебни заведения по профилактика и надзор на заразните и паразитните болести. С цел информиране на населението за актуалната епидемиологична обстановка в страната са изготвени 3042 седмични справки и бюлетини по проблемите на заразните болести, които своевременно са публикувани на официалните интернет страници на МЗ, РЗИ и НЦЗПБ. Проведени са 37624 епидемиологични проучвания на регистрирани заразни огнища и 81 проучвания на регистрирани взривове от ОЗБ, в т.ч. и хранителни. Своевременно са предприети всички специфични противоепидемични мерки и не е допуснато разпространение на епидемии в организирани колективи. Извършени са общо 1 101 794 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали (1 089 552 за 2016 г.), като при 12 242 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания.

България участва пълноценно в системите за ранно предупреждение и отговор на ЕС и в специализираните електронни информационни системи за регистриране и надзор на заразните болести.

През 2017 г. продължи участието на страната в системата на ЕС за ранно предупреждение и отговор – Early Warning and Response System - EWRS. Ежеседмично се извършваше проверка на регистрираните в системата събития от значение за общественото здравеопазване и оценка на риска от тяхната поява и разпространение в страната. През 2017 г. не е имало събития, представляващи заплахата за общественото здраве на българските граждани.

Регулярно бяха предоставяни данни в Централизираната информационна система на СЗО за заразни заболявания – CISID за случаи на остра вяла парализа и на морбили, регистрирани в страната. Текущо се събираха, валидираха и въвеждаха в Европейската система за надзор на заразните болести (TESSy) данни за регистрираните на територията на страната заразни болести в съответствие с Решение №2219/98/ЕС.

По мярка 3.2.3. Поддържане на висок имунизационен обхват в тясно взаимодействие с всички ведомства, неправителствения сектор, местната власт с акцент върху обхващането на деца в риск и трудно достъпните групи от населението

През 2017 г. МЗ положи усилия за осигуряване на изпълнение на Националния имунизационен календар и недопускане възникването на взривове от ваксинопредотвратими заболявания.

В изпълнение на чл. 82, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето за обхващане със задължителни и целеви имунизации и реимунизации на подлежащите български граждани през 2017 г. Министерство на здравеопазването проведе обществена поръчка за доставка на ваксини за извършване на задължителни и целеви имунизации и реимунизации, биопродукти за извършване на постекспозиционна профилактика и технически средства за приложението им, с което е обезпечено изпълнението на Националния имунизационен календар. С оглед на затрудненията с осигуряването и доставката на ваксини през предходните години и в съответствие с препоръките на Световната здравна организация е осигурен и 30 % национален резерв на прилаганите

при деца до 6 годишна възраст биопродукти. Всички договорени количества са доставени в срок, поради което в страната не е регистриран недостиг от даден вид ваксина.

През 2017 г. се наблюдава тенденция на леко увеличаване броя на имунизирани лица. Обхватът със основните имунизации достига средно 92,87 %, което е под определения от СЗО критерий от 95 % за имунизационен обхват.

Имунизационният обхват на новородените с BCG ваксина (96,2%) през 2017 г. се запазва на постоянно високо ниво над 95%.

Имунизациите срещу дифтерия, тетанус и коклюш на децата до 1-годишна възраст са извършвани с пет- и шесткомпонентни ваксини, съдържащи дифтериен и тетаничен токсиди и ацелуларна коклюшна ваксина. От обобщените за годината данни 63 696 деца са подлежали на имунизация с трети прием от посочените ваксини, а 58 779 от тях са имунизирани. Имунизационният обхват с трети прием ДТКа е 92,3% спрямо 92,1 % през 2016 г.

Обхватът с три дози ваксина срещу полиомиелит е 92,3 %. Обхватът с първична имунизация срещу полиомиелит е по-висок в сравнение с предходните три години, но е незадоволителен. Получените резултати налагат да се реагира своевременно, защото изпълнението на имунизационната програма срещу полиомиелит представлява един от основните елементи на Националния план за запазване на страната свободна от полиомиелит, а в условията на прилагане на инактивирана ваксина, която осигурява само индивидуална защита, единствено постоянно поддържаният висок имунизационен обхват може да гарантира успеха на Националния план.

Имунизациите срещу хепатит Б през 2017 г. са извършени с две ваксини:

Моноваксина срещу хепатит Б (за 1-ви прием в родилния дом при всички новородени, и при част от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца за 2-ри и 3-ти прием по утвърдената схема за прилагане на моноваксината) и с комбинирана ваксина ДТКаХепБПи-ХИБ, с приеми според имунизационния календар на страната като първият прием от тази ваксина се прилага от 2 - месечна възраст.

През първите 24 часа след раждането имунизациите срещу хепатит Б (1-ви прием) са извършвани с моновалентна хепатит Б ваксина, независимо от това с какъв тип ваксина се продължава имунизационната схема.

Със завършена имунизационна схема през 2017 г. са средно 91,9 % от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца като третият прием е изпълнен или с моноваксина срещу хепатит Б, или с шесткомпонентна ваксина.

Имунизационното покритие – 93,8 % за първи прием (МПР1) и 91,6 % за втори прием (МПР2) ваксина морбили-паротит-рубеола (МПР) през 2017 г. показва тенденция за повишение в сравнение с предходните три години, но все още е под изискванията за поне 95% покритие, достигането на което би гарантирало прекъсване разпространението на дивите вируси на морбили и рубеола в обществото. Анализът на данните за извършените имунизации с триваксина МПР в страната за шестгодишен период показва незадоволително ниво на имунизационен обхват с МПР1 и МПР2 за целия период, с изключение на 2013 г., в която относителният дял на обхванатите с МПР1 подлежащи е 95,1% . Тези резултати показват, че към момента в страната съществува реален риск от епидемично разпространение на морбили и рубеола, особено сред специфични групи от населението – роми, мигранти, което затруднява достигането на целта за елиминация на тези две заболявания.

През 2017 г. имунизационният обхват с три дози пневмококова конюгирана ваксина е 91,3% и показва тенденция към леко повишение, в сравнение с 2016 г. - 90,3%. Задължителната имунизация срещу Хемофилус инфлуенце тип б (ХИБ) през 2017 г. се извършва с пет- и шесткомпонентна ваксини (ДТКаПиХИБ и ДТКа-ХепБПиХИБ).

Имунизационният обхват с три дози ХИБ ваксина се запазва нисък – през 2017 г. са обхванати 92,3% от подлежащите лица.

Имунизациите със задължителни ваксини през 2017 г. са изпълнени с имунизационен обхват под 95%, с изключение на първичната имунизация срещу туберкулоза. Не са решени проблемите, свързани с имунизациите на хора от специфични групи в риск, при които има недостиг на знания и мотивация за профилактиране чрез имунизации – ромски общности, мигранти, антиваксинални общности.

През годината в страната са регистрирани следните случаи на ваксинопредотвратими заболявания: 116 случая на коклюш; 34 случая на пневмококов менингит (с най-висока заболяемост са възрастовите групи 1-4 г. – 5 случая, заболяемост 1,88‰ и над 65 г. – 13 случая, заболяемост 0,88‰; от петте деца, две са с данни за проведени имунизации срещу пневмококи, а останалите три са без данни за проведени имунизации), 15 случая на епидемичен паротит; 2 случая на бактериален менингит, причинен от Хемофилус инфлуенце тип Б - при дете до 1 г. възраст, недостигнало възраст за провеждане на имунизации и при лице над 60 години, което не подлежи за провеждане на имунизации, съгласно Имунизационния календар и 165 случая на морбили.

Епидемията от морбили започна след „внос“ на инфекцията в средата на месец март и продължи до края на месец юли 2017 г., като се разпространи географски ограничено в три области: Пловдив, Пазарджик и Монтана. Епидемията е представена от два взрива – един обща в областите Пловдив и Пазарджик (161 епидемиологично потвърдени случая) и втори в област Монтана (4 потвърдени случая). Преобладаваща част от случаите - 89% са от ромско етническо население. Първите случаи в областите Пловдив и Монтана са „внесени“ след завръщане на заболели от чужбина – Германия и Румъния. Епидемичното разпространение в Пловдив и Пазарджик започна след болничен престой на „индексните“ болни и осъществени близки контакти в педиатричните отделения и впоследствие реализиране на нови „вериги на разпространение“ в обществото.

Засегнати са предимно деца от 0 до 9 години (64.84%), предимно при деца без имунитет срещу морбили – кърмачета, неподлежащи на имунизация срещу морбили поради незавършена възраст за имунизация, неваксинирани деца, както и при деца с незавършена с реимунизация имунизационна схема.

Разпоредени и предприети са спешни противоепидемични мерки за ограничаване разпространението на заболяването: провеждане на извънредни имунизации на деца до 18 г. с нередовен имунизационен статус срещу морбили, засилване контрола при приема на деца в организирани детски колективи, недопускане вътреболнично разпространение на заболяването, организиране набирането и изследването на серумни проби за наличие на протективен имунитет.

В изпълнение на разпоредените мерки за провеждане на извънредни имунизации и създадената от РЗИ организация са издирени и допълнително са обхванати 8 317 лица с една доза ваксина морбили-паротит-рубеола.

По мярка 3.2.4. Усъвършенстване на системата за опазване на страната от внос на инфекции с висок епидемичен потенциал в съответствие с Международните здравни правила и за провеждане на ефективен граничен здравен контрол чрез материално и кадрово обезпечаване на дейностите на местно и национално ниво

Във връзка с хуманитарната криза в Сирия и увеличаване миграционен натиск в Република България през 2017 г. бяха осъществени необходимите профилактични и противоепидемични мерки, което осигури недопускане на епидемични взривове сред

чужденците в местата за настаняване, запазване на здравния статус на населението в районите, в които се настаняват чужденци, недопускане разпространение на територията на страната на взривове на заразни болести с произход местата за настаняване на чужденци.

За изпълнение на политиката по опазване на страната от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск и респективно опазване на общественото здраве, при постъпване в центровете за настаняване на бежанци РЗИ извършваха микробиологични и паразитологични изследвания за носителство на чревни патогенни микроорганизми, за внасяни паразитози и за малария, в т.ч.:

- 492 проверки върху контрол върху битовите условия, санитарно-хигиенното състояние и спазването на здравните изисквания в бежанските центрове от отворен тип, включително здравни кабинети и перални, разкрити в тях и транспортните средства със специално предназначение; здравния статус на лицата, работещи в обектите за производство с храни (хранителен блок/кухня); качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели. Връчени са 7 предписания и 1 заповед за временно спиране.

- 12 485 лабораторни изследвания, от които 4 555 микробиологични, 6 549 паразитологични и 1 381 вирусологични;

- 450 задължителни имунизации на деца бежанци до 15 годишна възраст.

Регистрирани бяха общо 57 случая на заразни заболявания сред настанените бежанци, болшинството от които са чревни инфекции - 27 случая или 47,37% и Варицела - 21 случая или 36,8%.

ПОЛИТИКА 3.3. ЕФЕКТИВЕН И КАЧЕСТВЕН ДЪРЖАВЕН ЗДРАВЕН КОНТРОЛ

По Мярка 3.3.1 Повишаване ефективността на държавния здравен контрол на обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда в съответствие с националните и европейските изисквания

През 2017 г. са извършвани разнородни дейности за осигуряване на безопасна жизнена среда и са предприемани навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето на хората и не са допуснати сериозни и непосредствени опасности за здравето на населението.

Изпълнени са в пълна степен заложените в годишния план за 2017 г. оперативни цели за провеждане на официалния контрол на обекти с обществено предназначение, продукти и стоки със значение за здравето на човека, както следва:

- провеждане на ефективен здравен контрол върху продуктите и стоките със значение за здравето на човека с цел защита здравето на населението и интересите на потребителите;

- провеждане на контрол в обектите за обществено предназначение за спазване на нормативните изисквания посочени в европейското и националното законодателство;

- извършване на оценка на ефективността при прилагането на системите за управление безопасността на храните в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и обектите за търговия с тях, както и на системите за проследимост – провеждане на пълни и частични одити;

- осигуряване на ефективен здравен контрол при внос на продукти и стоки със значение за здравето на човека от трети страни за които има въведени ограничения и забрани за пускането им на пазара;

- извършване на контрол за изпълнение на нормативните изисквания по отношение критериите за химична и микробиологична безопасност на продуктите и стоките и на критериите за техния състав и етикетиране;
- провеждане на мониторинг върху безопасността на продуктите и стоките и факторите на жизнената среда (йонизиращи и нейонизиращи лъчения, води за питейно-битово водоснабдяване и води за къпане);
- поддържане на системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (RAPEX), за бързо съобщава-не за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), и предприемане на незабавни мерки за ограничаване на вредата за човешкото здраве;

Проверени са всички обекти подлежащи на официален контрол. Проведени са проверки, свързани с получени нотификации по системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), проверки за осъществяване на последващ контрол за изпълнение на предписаните мероприятия при установяване на несъответствия с нормативните изисквания.

Контрол на обекти с обществено предназначение. През 2017 г. общият брой на извършени проверки в обекти с обществено предназначение от органите на държавния здравен контрол в страната е 162 361 броя при планирани 142 000 броя проверки. Извършени са 329 проверки на обекти за бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, 13 183 проверки на обекти за търговия с бутилирани натурални минерални изворни и трапезни води.

Данните показват, че е прилаган подходът за извършване на оценка на риска в началото на отчетния период, която е била последвана от правилно планиране на броя на проверките и впоследствие държавният здравен контрол е проведен с най-висока кратност в тези обекти, които са най-рискови и крият опасност за общественото здраве. През 2017 г. общият брой на извършените проверки на продукти и стоки със значение за здравето на човека от органите на държавния здравен контрол в страната е 88 274 броя спрямо 53 737 броя през 2016 г., включително за наличие на опасни стоки на пазара. Издадени са 424 разрешения за пускане на пазара на биоциди, 45 здравни сертификата за износ на продукти и стоки със значение за здравето на човека и 31 сертификата и балнеологични оценки за минерална вода от конкретно водоземно съоръжение.

През 2017 г. общият брой на извършените лабораторни анализи от органите на държавния здравен контрол на питейни води е 322963 срещу 229 141 за 2016 г., на води за къпане – 2095 срещу 2 227 за 2016 г., на минерални води – 9118 срещу 8 200 за 2016 г., на води в плувни басейни - 53286 срещу 53 812, измервания и изчисления на проникващ шум и вибрации – 10655 срещу 8 908 за 2016 г., измервания на електромагнитни полета 19104 срещу 15 419 за 2016 г. и на осветеност, микроклимат, прах и др. – 29161 срещу 27 002 за 2016 г.

Извършените през 2017 г. анализи за установяване на нормативните изисквания по отношение критериите за химична и микробиологична безопасност на продуктите и стоките на продукти и стоки със значение за здравето на човека са: 7893 анализа на козметични продукти спрямо 5 620 анализа за 2016 г., 18653 анализа на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води спрямо 10 458 анализа за 2016 г. и 3316 анализа на химични вещества и смеси спрямо 2 297 анализа за 2016 г.

През 2017 г. е създадена организация и стартира нов етап на представителното Национално проучване за нивата на радон в сгради в изпълнение на Национална програма за намаляване въз-действието на радон в сгради върху здравето на българското

население 2013-2017 г. приета с Решение № 537 от 12.09.2013 г. на Министерският съвет, като са подменени поставените при първото проучване по 100 детектора в жилищни сгради на територията на всяка област в страната, съгласно разпределението, посочено в утвърдената Процедура за провеждане на представително национално проучване. През втората половина на 2017 г., чрез областните координатори, участниците в проведеното проучване, бяха информирани за конкретно установените резултати при проведеното проучване в техните жилища. На всеки участник е предоставена информация за резултата за средногодишната концентрация на радон в жилището и мерките, които могат да се предприемат. Обобщени резултати по общини за съответната област са предоставени чрез интернет страницата на регионалната здравна инспекция.

Извън предварително планирания официален контрол своевременно са изготвяни указания и са предприемани мерки при възникналите в страната извънредни ситуации – наводнения, отклонения в качеството на питейните води, прекъснато питейно водоподаване, активиране на свлачища, провеждане на радиационен мониторинг на атмосферния въздух, епидемиологични проучвания на епидемичните взривове, възникнали по хранителен, воден и контактно-битов път, и извършване на контрол по изпълнението на предприетите мерки за тяхното ограничаване и ликвидиране. Създадена е организация за координация на дейностите на териториалните структури на отделните компетентни ведомства по изпълнение на нормативно установените мерки, обмен на информация и предприемане на съвместни действия за предотвратяване на здравния риск.

Във връзка с наблюдавания през последните години миграционен натиск в Република България и през 2017 г. продължава засиленият държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас.

С цел подобряване на формите и начините за предоставяне на информация на обществеността за състоянието на факторите на жизнената среда (води за питейно-битови нужди, води за къпане и др.), за възникнали отклонения и въведени ограничения, както и мерките които трябва да се предприемат, през 2017 г. на интернет страниците на всяка РЗИ и на МЗ своевременно е публикувана информация за резултатите от провеждания държавен здравен контрол и лабораторни анализи, както и препоръки към населението.

По Мярка: 3.3.2. Осигуряване на устойчиво развитие и укрепване на капацитета на общественото здраве

През 2017 г. в изпълнение на държавната политика и ангажиментите на България по международни споразумения и конвенции МЗ като отговорна институция за опазване на общественото здраве направи проучване и изготви Оценъчна карта за изпълнение на мерките по Протокол "Вода и здраве" за доставяне и достъпност да чиста и безопасна питейна вода и санитария и представи резултатите пред Световната здравна организация и ИКЕ на ООН, като част от проект, свързан със задълженията на Република България по Протокол "Вода и здраве".

Организирано е и проведено практическо обучение на органите на държавния здравен контрол от РЗИ относно критериите за класифициране и изискванията за опаковане и етикетирание на опасни химични вещества и смеси съгласно Регламент (ЕО) 1272/2008 на Европейския парламент и на Съвета от 16 декември 2008 г. относно класифицирането, етиктирането и опаковането на вещества и смеси, за изменение и за отмяна на директиви 67/548/ЕИО и 1999/45/ЕО и за изменение на Регламент (ЕО) № 1907/2006 (CLP).

По Мярка 3.3.3. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси

През 2017 г. не бяха реализирани планираните дейности за усъвършенстване на механизмите за финансиране и въвеждане на финансови стимули за работа в системата на държавния здравен контрол чрез поетапно увеличение на възнагражденията на държавните здравни инспектори.

Не бе постигнат напредък и по отношение на кадровото обезпечаване на органите на държавния здравен контрол с лекари, с осигуряване на възможност за придобиване на специалност и инспектори по общественото здраве, които професионално и ефективно да провеждат политиките в областта на опазване на здравето на гражданите и държавния здравен контрол.

Това налага интензифициране на дейностите по реализацията на мярката, предвид задълбочаващият се кадрови дефицит в системата на фона на увеличаващите се изисквания към тяхната квалификация, компетентности и отговорности.

По Мярка 3.3.4. Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност

В изпълнение на ангажиментите на Министерство на здравеопазването за опазване на общественото здраве от 2016 г. предприети редица действия, за да могат да се подготвят промени в Оперативна програма „Околна среда 2014-2020 г.“ (ОПОС), така че към специфична цел 2 на приоритетната ос „Води” на Оперативна програма „Околна среда 2014-2020 г.“ (ОПОС) да се добави възможността чрез ОПОС да могат да се финансират и дейности свързани с подобряване извършването на контролен анализ на крана на потребителя на вода, предназначена за питейно-битово водоснабдяване и оборудването на лабораториите към МЗ (на регионалните здравни инспекции, Националният център по радиобиология и радиационна защита), имащи задължение по националното законодателство. В резултат на тези действия Министерство на здравеопазването беше включено като бенефициент по Оперативна програма „Околна среда 2014-2020 г.“, като за подобряване на техническите възможности на органите на държавния здравен контрол Министерството на здравеопазването получи 10 милиона лева от Министерството на околната среда и водите за оборудването на 10 лаборатории за мониторинг на качеството на питейните води. Договорът за безвъзмездната финансова помощ по Оперативна програма „Околна среда 2014-2020“ бе подписан на 30.03.2017 г. между министъра на здравеопазването и министъра на околната среда и водите, като през месец август 2017 г. по реда на Закона за обществени поръчки е обявена процедура за закупуване на необходимата апаратура.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализът на данните за изпълнението на Приоритетите на Националната здравна стратегия 2020 по политики и мерки дава основание да се направят следните изводи:

1. По Приоритет 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот

През 2016 и 2017 г. са предприети действия по изпълнение на всички 7 политики. Най-добро е изпълнението на мерките по *Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата* и *Политика 1.2. Здраве за децата и юношите*. Налице е синергизъм при изпълнението на мерките във всички направления – промоция на здраве и профилактика на болестите, в т.ч. на ваксинапредотвратимите болести, подобряване на условията за диагностика и лечение в акушеро-гинекологичните, неонатологични и педиатрични структури, осигурен е механизъм за развитие на интегрирани здравно-социални услуги, в т.ч. чрез

деинституционализацията на децата с медико-социален риск, осигурени са допълнителни услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Налице е синергизъм и с мерките по *Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи* по отношение на бременните, майките и децата от тези групи. Мерките са подкрепени с инвестиции от НЗОК, МЗ и европейски и международни програми.

Оценката се потвърждава и от резултатите за изпълнението на националните здравни цели, където е налице значително подобрене на показателите по *НЦ 1 Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст, НЦ 2 Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст*, запазване на нивото по *НЦ 3 Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст*.

При 2 от целите (НЦ 1 и 2) вече са достигнати определените целеви стойности до 2020 г., а при третата това вероятно ще бъде постигнато преди поставения срок. При запазване на настоящата динамика до 2025 г. показателите вероятно ще достигнат средноевропейските стойности.

Тези положителни резултати потвърждават правилността на прилаганите политики, но и създават отговорност за тяхното устойчиво продължаване в следващите години.

В тази връзка следва да се има предвид, че определените показатели за измерване на целите са динамични величини, които могат да се променят във времето. Въпреки тяхното подобряване през 2016 г. и 2017 г. съществува риск от промяна в наблюдавани положителни тенденции в резултат на промени във факторите на външната среда, влияещи върху общите социално-икономически условия в страната и света и върху системата на здравеопазването в частност.

Изпълнението на другите 2 специфични политики – *Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст* и *Политика 1.4. Здраве за възрастните хора* продължава да е с по-малка интензивност. Изпълнението основната част от мерките по политиките се осъществява чрез общите мерки по *Приоритет 2 и 3*, свързани с подобряване на достъпа до медицинска помощ, разширяване на пакета на промотивните и профилактичните дейности, заплащани от НЗОК, развитието на интервенционалното лечение на мозъчно-съдовата болест, високотехнологична диагностика и лечение на болестите на сърдечно-съдовата система и онкологичните заболявания, дейностите по превенция на хроничните незаразни заболявания и др., които имат пряко отношение към здравето в тези възрастови категории.

Все още не са достатъчно развити специфичните мерки за интервенции по тези политики, свързани с факторите на риска на трудовата среда, както и специфични услуги за възрастни хора в общността в обхвата на дългосрочните грижи.

Тази оценка се потвърждава и от степента на постигане на националните здравни цели – *НЦ 4 Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20 до 65 годишна възраст* и *НЦ 5 Увеличаване на средната продължителност на предстоящият живот на хората след навършване на 65 годишна възраст*, при които също е налице подобряване на показателите, но темпа на подобрене е малък и съществува риск да не бъдат достигнати определените в НЗС 2020 целеви стойности до 2020 г. и средноевропейските показатели до 2025 г.

При анализа на изпълнението на целите следва да се подчертае видимата тенденция за намаляване на позитивните ефекти от провежданите политики във възходящ ред на възрастовите групи, т.е. във възрастовите категории, в които се повишава влиянието на факторите на външната среда и начина на живот. За разлика от детските контингенти, в по-големите възрастови групи наличието на тези фактори се

противопоставя на усилията на здравната система да постигне по-значими резултати по отношение на здравното състояние на хората.

Това показва необходимост от интензифициране на действията по изпълнение на политиките, в т.ч. на междусекторното сътрудничество, тъй като по-голяма част от специфичните мерки са свързани с дейността на други сектори и ведомства и обществените нагласи за здравословен начин на живот.

По изпълнението на мерките по Политика 1.5. *Опазване и подобряване на психичното здраве*, Политика 1.6. *Възможно най-добро здраве за хората с увреждания* и Политика 1.7. *Здраве за уязвимите групи* има частичен напредък, който в по-голямата си част се дължи на комплексните мерки за развитие на здравната система и капацитета на общественото здравеопазване по Приоритет 2 и 3. Налице е изпълнение на някои специфични мерки, които следва да бъдат развити в следващите периоди.

Като положителни стъпки в тази насока могат да се посочат предприетите през 2016 г. и 2017 г. действия за промяна в концептуалния модел на медицинската експертиза на степен на увреждане и неработоспособност, регламентирането на интегрираните здравни услуги за хора с физически, психически и ментални увреждания, стартиралите, както и планираните проекти за такива услуги по европейски и международни програми, продължаващите специфични интервенции за подобряване на достъпа до медицинска помощ на лицата от уязвими групи, а фокус върху ромското население и др.

Анализът на степента на изпълнение на политиките по Приоритет 1 показва, че на база на доброто изпълнение на общите мерки по Приоритет 2 и 3 е създадена добра основа за подобряване на здравето на всички групи лица, която трябва да бъде надградена с все по-детайлно фокусирани мерки, интервениращи специфичните проблеми във всяка група.

2. По Приоритет 2 Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати

През 2017 г. по изпълнение на 9-те политиките по Приоритет 2 са предприети комплексни и подчинени на обща концепция действия, които са свързани със започналата през 2015 г. и прилагана през 2016 г. значителна промяна в законовата и подзаконова нормативна уредба, уреждаща системата на задължителното здравно осигуряване и системата на здравеопазването, включително и лекарствения сектор.

Ключова мярка, влияеща върху по-голяма част от политиките по приоритета е въвеждането през 2016 г. на Национална здравна карта със задължителен характер (*Политика 2.1 Финансова устойчивост на системата на здравеопазването*, *Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ*, *Политика 2.4 Развита първична медицинска помощ*, *подкрепена от високотехнологична специализирана помощ*, *Политика 2.5 Оптимизирана болнична помощ*, *Политика 2.7 Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването*) и свързаният с нея механизъм за селективен подбор от страна на НЗОК на лечебни заведения, с които сключва договор при наличие на излишен болничен капацитет (*Политика 2.1*, *Политика 2.5*).

Въпреки краткият срок на действие през оценявания период и липсата на опит при прилагането ѝ в договорния процес на НЗОК, и през 2017 г. се установяват обективни резултати и ползи от нейното въвеждане.

Въвеждането на Национална здравна карта и механизъм за селективен подбор при договарянето с болниците е от основно значение за реализацията на *Политика 2.5 Оптимизирана болнична помощ*, като основополагащ фактор за преодоляване на дисбалансите и неефикасностите в системата на здравеопазването. В рамките на политиката през 2017 г. бяха реализирани и други мерки, които в съвкупност да създадат условия за поэтапно консолидиране, реструктуриране и адаптиране на сектора към

настоящите потребности на населението при максимално ефективно използване на наличните ресурси.

Друга ключова мярка, влияеща не само върху политиките от Приоритет 2, но и имаща основополагаща роля за реализацията на политиките по Приоритет 1 и 3 е продължилото и през 2017 г. оптимизиране на пакета здравни дейности, заплащан от бюджета на НЗОК. Прилагането на въведения през 2016 г. пакет здравни дейности създаде реални и финансово обезпечени механизми за същностна промяна в системата на здравеопазването в няколко направления – развитие на първичната извънболнична помощ с разширяване на обхвата на осъществяваните дейности, основно в областта на промоцията и профилактиката на заболяванията, извеждане на болнични дейности за извършване в амбулаторни условия (амбулаторни процедури), създаване на условия за развитие на дейности по продължително лечение и въвеждане на изисквания за осигуряване на комплексна диагностика, лечение, рехабилитация и наблюдение на определени категории заболявания. (*Приоритет 1, Политика 2.1, Политика 2.4, Политика 2.5, Политика 2.8., Политика 3.1 Промоция на здраве и профилактика на болестите, Политика 3.2 Надзор на заразните болести*)

В пакета бяха детайлно разписани изискванията за изпълнение на дейности по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури, които до този момент бяха обект единствено на договаряне в рамките на НРД. Това създаде устойчивост и държавна гаранция за обема и качеството на здравните услуги, които се осигуряват за задължително здравноосигурените лица в България.

Мярка с комплексно въздействие върху реализацията на политиките е и регламентирането на интегрираните здравно-социални услуги за деца и възрастни, които могат да се осъществяват и от лечебни заведения.

Освен положителните ефекти за подобряване на грижите за лицата с медико-социални проблеми (*Приоритет 1*), правилната реализация на мярката би осигурила възможност за подкрепа на капацитета на първичната медицинска помощ (*Политика 2.4*), би създавала алтернатива за реструктуриране на част от малките болнични заведения (*Политика 2.5*) и би намалила разходите за скъпо болнично лечение (*Политика 2.1*). Мярката има сериозно влияние и върху развитието на човешкия капитал на системата и привличане на нови видове специалисти – болногледачи, здравни асистенти и др. (*Политика 2.7*)

Сериозни промени в регулацията на лекарствения сектор бяха реализирани в рамките на изпълнението на *Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти*, които доведоха до значими финансови ефекти в резултат на подобро ценообразуване, договаряне на отстъпки и въвеждане на оценка на здравните технологии, с което подкрепиха реализацията на *Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването*.

С особена значимост е комплексното и координирано изпълнение на мерките по *Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ*, по която бяха създадени всички предпоставки за цялостна модернизация и развитие на човешките ресурси с осигурен финансов ресурс от средства по оперативните програми на ЕС. Аналогичен е резултатът от изпълнението на мерките по *Политика 2.6. Електронно здравеопазване*, която има ключово значение за реализацията на всички останали политики.

С относително по-ниска степен на изпълнение са мерките по *Политика 2.7. Развитие на човешките капитал в системата на здравеопазването* и *Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване*, доколкото тези политики са надграждащи реализацията на секторните политики в извънболничната, болничната и спешната помощ.

Като безспорно постижение по реализацията на *Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система* следва да се отчете създаването на Съвет „Партньорство за здраве“, като платформа за обмен на мнения между всички заинтересовани страни, съответстваща на най-добрите практики в европейските страни.

Експертната оценка се потвърждава от данните, представени в отчета за изпълнение на политиките, показваща висока степен на изпълнение на заложените мерки и положителни ефекти, в т.ч.:

- Значително увеличение на средствата за здравеопазване в резултат на нарастващ размер на здравноосигурителните вноски от гражданите в т.ч. и в системата на доброволното здравно осигуряване и засилен ангажимент от страна на държавата;
- Значителен ръст на средствата за извънболнична помощ при разширен обхват на осъществяваните дейности;
- Намаляване на броя на хоспитализациите за сметка на увеличаващ се обем амбулаторни дейности;
- Въведени ограничения за разкриване на нови медицински дейности, в областите, където не е налице потребност;
- Въведени механизми за договаряне на отстъпки и оценка на здравните технологии, генериращи значими икономии на публични средства за лекарствена терапия;
- Значително подобряване на технологичната осигуреност на лечебните заведения в областта на диагностиката и лечението.

Освен тези преки ефекти, следва да се има предвид, че реализацията на политиките и мерките по Приоритет 2 има основен принос за подобряване на показателите за здравното състояние на населението и в частност постигането на 5-те национални здравни цели, т.е. те са косвен измерител за степента на тази реализация. Реализацията на политиките по Приоритет 2 бяха обект и на външна оценка през настоящата година:

В придобилия обществен интерес доклад „State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017“, изготвен от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies в сътрудничество с Европейската комисия се посочва, че *„Подобряването на ефективността на болничния сектор е в центъра на няколко скорошни реформи. Те са насочени към намаляване на капацитета на болничната помощ чрез създаване на възможности за селективно сключване на договори, внасяне на промени в пакета от услуги, създаване на повече възможности за амбулаторно лечение и насърчаване на рентабилността и качествена информация. Освен това, окуражаващи са и неотдавнашните планове за въвеждане на интегрирана грижа в системата на здравеопазването.*

Взети заедно, тези инициативи биха могли да спомогнат както за намаляване на болничната помощ, така и за повишаване на степента на координация на грижите. Някои първи резултати показват, че определени процедури от болничната помощ сега се извършват в амбулаторни условия. В контекста на увеличаването на хроничните състояния и сложните съпътстващи заболявания, подобряването на координацията между различните сектори има потенциала да подобри качеството и да намали разходите“

В доклада се посочва още, че *„новият подход за привличане на заинтересованите страни в изготвянето на здравна политика е обещаващ“*, тъй като *„от 2015 г. насам иновативен форум „Партньорство за здраве“ действа като консултативен орган към Министерския съвет и се председателства от министъра на здравеопазването. Въз*

основа на консултации с широк кръг заинтересовани страни той играе ключова роля в най-новите инициативи за реформи в области като лекарствената политика, структурни промени в здравната система и качеството на услугите.“

Оценка на изпълнението на дейностите по Приоритет 2 на НЗС 2020 бе дадена и в Доклада за България за 2018 г.³⁵, изготвен в рамките на Европейски семестър за 2018 г. за оценка на напредъка в структурните реформи, предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси, в който за 2017 г., както и в предходния доклад за 2016 г., се отбелязва ограничен напредък по отношение на изпълнението на Специфичната препоръка за България „Да подобри ефективността на системата на здравеопазване чрез подобряване на достъпа и финансирането, както и на здравните резултати“.

В доклада се отчита необходимостта от време за постигане на обективни резултати от въведените мерки, като в заключението на доклада на ЕК се подчертава, че *„Чрез реформите в здравеопазването, започнати през 2015—2016 г., бяха разсеяни опасенията, повдигнати в няколко последователни СДП, но много законодателни мерки все още са в процес на подготовка, а изпълнението на други мерки е в застой, като например селективно договаряне, основаващо се на Националната здравна карта.“*

3. По Приоритет 3. Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване

През 2017 г. са предприети комплексни действия по изпълнение на всичките 3 политики.

По-голямата част от дейностите през 2017 г., насочени към промоция на здравето и превенция на болестите, са извършени в рамките на Националната програма за превенция на ХНБ 2014-2020 г. Актуализиран е съставът на националния програмен съвет, областните програмни съвети, областните работни групи и координатори на програмата. Реализирани са множество насочени образователни мероприятия за ограничаване на тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол, за редовна физическа активност, укрепваща здравето и здравословно хранене. Разработени и разпространени са значителен брой образователни материали. Проведени са обучителни курсове за специалистите от РЗИ и партньорите по програмата, с предоставяне на информационни материали с цел формиране у тях на активна позиция и устойчива мотивация за здравословен начин на живот. Разработени са ръководства за добра практика на медицинските специалисти, а също и Медицински стандарт по хранене и диетика, внесен в МЗ за обсъждане и одобрение.

През годината *са актуализирани редица нормативни документи.* Актуализирана е Наредба №23 за физиологични норми за хранене на населението в България. Изготвен е доклад с предложения за промени в Закона за здравето, Закона за тютюна, Закона за закрила на детето, Закона за акциза и данъчните складове.

В НЦОЗА е изготвен анализ във връзка с Европейската инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца; проведено е валидизационно проучване и анализ на приема на натрий сред населението в България на възраст 15-75 г.

През 2017 г., в резултат на дейността на системата за надзор на заразните болести, не са установявани сериозни и непосредствени опасности, свързани с риска за здравето на населението, което е постигнато благодарение на своевременното прилагане на профилактични и незабавни протиепидемични мерки.

Липсата на квалифицирани служители значително затруднява изграждането на административен капацитет, отговорен за провеждането на националната политика по откриване и незабавен отговор при появата на заразни болести, предотвратяване

³⁵ <https://www.minfin.bg/upload/36759/Nacionalen+doklad+za+BG+2018.pdf>

разпространението им и възникването на епидемични взривове и епидемии. Необходими са допълнителни мерки за създаване на стимули за професионално развитие на медицинските специалисти в системата чрез осигуряване на възможности за обучение и специализация и увеличаване на трудовите възнаграждения на работещите, които изостават в сравнение с останалите структури в здравеопазването.

Поддържането на ефективен епидемиологичен надзор на заразните болести е насочен към запазване и подобряване на достигнатите показатели на заболяемост, смъртност и леталитет от заразни болести.

През 2017 г. са извършени 129 689 проверки на лечебни, детски и учебни заведения по профилактика и надзор на заразните и паразитните болести.

България участва пълноценно в системите за ранно предупреждение и отговор на ЕС и в специализираните електронни информационни системи за регистриране и надзор на заразните болести. През 2017 г. не е имало събития, представляващи заплаха за общественото здраве на българските граждани.

През 2017 г. МЗ положи усилия за осигуряване на изпълнение на Националния имунизационен календар и недопускане възникването на взривове от ваксинопредотвратими заболявания.

Във връзка с хуманитарната криза в Сирия и увеличаване миграционен натиск в Република България през 2017 г. са осъществени необходимите профилактични и протиепидемични мерки, което осигури недопускане на епидемични взривове сред чужденците в местата за настаняване, запазване на здравния статус на населението в районите, в които се настаняват чужденци, недопускане разпространение на територията на страната на взривове на заразни болести с произход местата за настаняване на чужденци.

През 2017 г. са извършвани разнородни дейности за осигуряване на безопасна жизнена среда и са предприемани навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето на хората и не са допуснати сериозни и непосредствени опасности за здравето на населението. Изпълнени са в пълна степен заложените в годишния план за 2017 г. оперативни цели за провеждане на официалния контрол на обекти с обществено предназначение, продукти и стоки със значение за здравето на човека.

Във връзка с наблюдавания през последните години миграционен натиск в Република България и през 2017 г. продължава засиленият държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас.

През 2017 г. не бяха реализирани планираните дейности за усъвършенстване на механизмите за финансиране и въвеждане на финансови стимули за работа в системата на държавния здравен контрол чрез поетапно увеличение на възнагражденията на държавните здравни инспектори. Не бе постигнат напредък и по отношение на кадровото обезпечаване на органите на държавния здравен контрол с лекари, с осигуряване на възможност за придобиване на специалност и инспектори по обществено здраве, които професионално и ефективно да провеждат политиките в областта на опазване на здравето на гражданите и държавния здравен контрол. Това налага интензифициране на дейностите по реализацията на мярката, предвид дълбочаващият се кадрови дефицит в системата на фона на увеличаващите се изисквания към тяхната квалификация, компетентности и отговорности.

6. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Здравно-демографско състояние

- Демографското състояние на населението е резултат от дългосрочното влияние на голям брой фактори. Част от тях кореспондират с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други – със специфичните национални особености.
- Основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие са застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора.
- Към 31.12.2017 г. населението в България е 7 050 034 души като в сравнение с предходната година то е намаляло с 51 825 души (0.7%) и представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. Запазва се структурата на градското и селското население в сравнение с предходната година.
- Продължават негативните промени във възрастовата структура на населението, изразени с процес на демографско остаряване - незначително нарастване на броя и дела на населението до 14-годишна възраст, който за 2017 г. е 14.2% от общия брой на населението и е по-нисък от същия за ЕС (15.5%). и увеличаване на дела на населението над 65 години, който през 2017 г. достига 19.0%. В 22 области на страната, населението на възраст над 65 години е повече от 1/5 от цялото население на областта. Демографското остаряване на населението е проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС.
- Средната продължителност на живота у нас – 74.76, се увеличава в сравнение с предходната година, но остава по-ниска от тази в ЕС – 80.9.
- Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (9.0‰), обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, и остава по-ниска от средната стойност за ЕС (10.0‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.
- Броят на абортите на 1 000 живородени в България през 2017 г. е 379.8 и е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС (203.0‰). Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената.
- Високото ниво на смъртността в България е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател. Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете, отколкото при жените и в селата, отколкото в градовете, със запазени териториални различия по области. Показателят за 2017 г. – 15.5‰ остава значително по-висок от средния за ЕС – 10.2‰. България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление.
- Показателят за преждевременната смъртност намалява с 0,9% през 2017 г. в сравнение с предходната година. Преждевременната смъртност при мъжете – 27.6% е 2 пъти по-висока от тази при жените – 13.7%.
- Запазва се структурата на умираанията по причини, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.
- Достигнатото равнище на детската смъртност (6.4‰) е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България и и продължава да намалява с ясно изразен интензивен темп, но все още остава по-високо, отколкото в ЕС(3.6‰).
- Неблагоприятни остават повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), сравнени с ЕС, въпреки намаляването на

показателя за неонатална и задържането на показателя за постнеонатална детска смъртност в сравнение с предходната година.

- Показателят за мъртва раждаемостта намалява спрямо предходната година - 6.3‰ и е по-висок от средната стойност за ЕС (4.7‰).

- В структурата на умиранията 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 дихателната система и болести на органите на кръвообращението, обуславящи 84.3% от всички умирания в тази възраст.

- Майчината смъртност се увеличава спрямо предходните години и е 7.8‰ през 2017 г., като съответният показател за ЕС е 5.0‰.

- Запазват се териториалните различия в нивата на отделните здравно-демографски показатели.

- През 2017 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия, тетанус, рубеола и полиомиелит. Регистриран е епидемичен взрив от морбили със 165 заболели в три области на страната

- Паразитозоозите (ехинококоза и трихинелоза) все още запазват медико-социалното си значение, поради поддържането на високи стойности на заболяемост, значително превишаваща показателите за другите Европейски страни, въпреки че стойностите на заболяемостта показват ясна тенденция към понижаване в последните години

- Нивото на имунизационния обхват срещу морбили, паротит, рубеола, полиомиелит, дифтерия, тетанус и коклюш, както по отношение на първичната имунизация и реимунизациите е по-ниско от приетия целеви показател за поддържане на колективния имунитет в граници, недопускащи епидемично разпространение на ваксинапредотвратимите инфекции.

- Имунизациите със задължителни ваксини през 2017 г. са изпълнени с имунизационен обхват под 95%, с изключение на първичната имунизация срещу туберкулоза. Причините за по-нисък имунизационен обхват със задължителни имунизации в детска възраст са предимно от немедицински характер (административни и поведенчески) и поотделно или в комплекс изброените причини затрудняват издирването и/или обхващането на подлежащите на имунизация лица, особено в рисковите групи от населението.

- Продължават да намаляват болестността и заболяемостта от туберкулоза.

- През 2017 г. нараства болестността и намалява заболяемостта от злокачествени новообразувания спрямо предходната година, Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 457.5‰) и рак на женските полови органи (1 208.0‰).

- Броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) през 2005 г. до 2 331 264 (32 946.3‰) през 2017 г. общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г.. От 2016 г., съгласно измененията на Наредба 49 на МЗ от 2010 г., освен хоспитализираните случаи на болничните легла, се отчитат отделно и обслужените лица на местата за краткотраен престой. Най-голям е броят на хоспитализираните на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст. Сред причините за хоспитализация водещи са фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби, 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 и през 2017 г. достига 52 592 души.

- През последните няколко години намалява броят на освидетелстваните деца до 16 г. възраст, с признати вид и степен на увреждане, като делът на децата с 71-90% е 19.5%, а с най-тежката степен над 90% са 12.5%.

- 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, зрителни аномалии, гръбначни изкривявания, болести на нервната система. Водещо място в структурата на заболяванията при децата от 1 до 7 г. заема бронхиалната астма. Увеличава се обхватът на децата и учениците с профилактични прегледи, но си остава незадоволителен.

- Проблемите със зрението на учениците продължават да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на компютри, лаптопи, таблети, всички видове клетъчни телефони, електронни книги и други дигитални устройства. Всички те, освен че застрашават зрението и стойката на ученика, предразполагат и към развиване на психическа зависимост със всички негативни здравни последици за детската психика.

- За преодоляване на посочените проблеми сред децата и учениците е необходимо създаване на условия за повишаване на двигателната активност на учениците чрез подобряване училищната среда като цяло и особено на спортната база.

Рискови фактори

- За 2017 г. реалните доходи на населението спрямо 2016 г. нарастват с 5.5% при запазена структура. Работната заплата продължава да бъде най-значителният източник на приход (54,4%). 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. Разходите за образование, свободно време и културен отдих, за данъци, както и за жилища, вода, електроенергия и горива нарастват. Постоянен ръст бележат и разходите за здравеопазване, но страната заема едно от последните места по разходи за здравеопазване на глава от населението.

- Относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок, независимо че като цяло лицата, живеещи под абсолютния праг на бедността, е намалял поради съживяване на пазара на труда, за някои области се увеличава размерът на дохода от трудова дейност, намаляват икономически неактивните лица и безработните. Най-висок е за децата до 18-годишна възраст и населението в над трудоспособна възраст; за безработните, пенсионерите и останалите икономически неактивни лица.

- За 2017 г. България, въпреки положителните данни за коефициента на заетост, той остава под средния за 28-те страни на ЕС. Коефициентът на безработица през 2017 г. намалява.

- Продължават да бъдат съществен проблем продължително безработните - Коефициентът на продължителна безработица леко спада в сравнение с 2016 г. - 3.4%

- Резултатите за 2017 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух не показват значими разлики в сравнение с предходния наблюдаван период. Приоритет за гъстонаселените градски райони е замърсяването с фини прахови частици.

- Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението, са свързани с изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; газифициране на населените места; регламентиране на стандарти за качеството на твърдите горива и

ефективността на отоплителните уреди, оптимизиране на трафика; обновяване на транспортните средства; поощряване на иновационни и нисковъглеродни технологии, целящи създаване на екологично чисти производства.

- Акустичната обстановка в големите градове на България през 2017 г. не се е променила значително. В по-голямата част от контролните пунктове измерените еквивалентни нива на шум надвишават граничните стойности. Основният източник на шум продължава да бъде изключително натовареният автомобилен трафик. Най-важната мярка за намаляване на експозицията на наднормен шум за населението е факторът шум да бъде включен приоритетно в в предстоящите мерки на национално ниво.

- Обобщените резултати от мониторинга на качеството на питейната вода при потребителите за 2017 г. показват, че качествата на питейната вода не се различават съществено от наблюденията от предходните години и като цяло показват сравнително високо ниво на съответствие с нормативните изисквания. В 16 зони за водоснабдяване е регистрирано наднормено съдържание на естествен уран. Населението е информирано, като са предприети мерки за недопускане на риск за здравето на населението, чрез забрана на ползването на вода за питейни цели и готвене. През 2017 г. не е установено превишаване на показателя индикативна доза от поглъщане на радионуклиди с питейна вода.

- В по-голямата част от зоните на водоснабдяване в страната се подава питейна вода, без трайни несъответствия. В някои зони, обаче продължават да се регистрират системни отклонения по здравно-значими и индикаторни химични показатели, което изисква реализиране на адекватни комплексни мерки за отстраняване на причините, които ги предизвикват.

- За 2017 г. съответствието на подаваната питейна вода по микробиологични показатели общо за страната е от порядъка на съобщаваното за 2016 г. и 2015 г. (95,95% и 95,7%,). Не се отбелязва съществено изменение и в нивото на съответствие по показатели ешерихия коли и ентерококи, Необходими са мерки за подобряване обработката/дезинфекцията на водите и състоянието на водоснабдителните мрежи и съоръжения. Няма регистрирани епидемични взривове, свързани с питейните води.

- Мониторингът на качеството на водите за къпане показва сравнително по-неблагоприятна категоризация на зоните за къпане в страната за 2017 г., спрямо тази в други държави-членки на ЕС, като с отлично качество са 44.2% от зоните (при 85% за ЕС), с добро – 48.4% (8.6% за ЕС), със задоволително - 6.3% (2.4% за ЕС) и с лошо - 1.05% (1.4% за ЕС). Няма докладвани данни за заболявания, свързани с качеството на водите за къпане.

- През 2017 г. не са констатирани нови дифузни замърсявания на почвите в урбанизираните територии на страната, които да повишат здравния риск за населението и да наложат спешни дейности по ограничаване на вредното въздействие.

- През 2017 г. не са установени проби от храни с нерегламентирано съдържание на ГМО.

- Продължава тенденцията за подобряване на контрола по отношение на електромагнитните полета. Сериозен проблем в областта на контрола продължават да бъдат оптичните лъчения. Необходимо е въвеждане на нормативен документ за защита на населението при използване на солариуми.

- Нивото на радиационната защита през 2017 г. в страната е добро и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област. По изследваните радиологични показатели за водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда не са констатирани съществени 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.

- През 2017 г. медицинското облъчване от рентгенологията и нуклеарната медицина формира сумарна колективна ефективна доза 6277 man.Sv. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, който е около 27 пъти по-голям от приноса на нуклеарно-медицинската диагностика. Средногодишната индивидуална ефективна доза на глава от българското население от медицинско облъчване е 0.890 mSv. Предвид получените резултати за нарастване на колективните и средните ефективни дози през последните години е необходимо полагане на специални усилия от лечебните заведения за подобряване на дейностите по осигуряване на качеството и оптимизация на медицинските радиологични процедури.

- През 2017 г. общият брой трудови злополуки намалява спрямо 2016 г., намалява и броят на тези с летален изход и инвалидизиращите злополуки на работното място. Наблюдава се влошаване на разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания, която остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС.

- Запазват се някои положителни тенденции в модела на потребление на храни в България - намаляване консумацията на тестени изделия, компоти, туршии, кайма и субпродукти, на добавени мазнини, маргарини. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира). и намаляване консумацията на мляко, риба, бобови храни, плодове и зеленчуци.

- Остава висок относителният дял на наднормено тегло сред учениците в България.

- Рисковите фактори свързани с начина на живот у нас са широко разпространени сред населението.

- На фона на намаляване на тютюнопушенето в ЕС спрямо 2014 г., броят на пушачите в България се запазва стабилен и страната отново е на водещото второ място след Гърция. Отбелязва се и известно повишение на консумацията на цигари спрямо предходните години, което основно се дължи на по-високото потребление в столицата и не е обвързано нито със забраната за тютюнопушене в закрити обществени места, нито с ценовата политика за двукратно минимално увеличение на цените на цигарите. Това налага разработването на научно обоснован алгоритъм и въвеждането на интегрирани подходи към решаването на проблема в условията на реформиране на здравната система в страната.

- Продължава нарастването на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната (за периода 2001-2017 г. с 10.7 л.) Увеличават се значително и разходите за алкохолни напитки През 2017 г. средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 504 лв. на година и на 219 лв. на лице от домакинство.

- Значителна част от населението в активна възраст никога не практикува спорт през свободното време (78%). Установява се сериозен регрес от 20% през 2017 г. спрямо 2009 година. Спортуват редовно едва 2% от българите. Реализирането на Глобалния план за действие за физическата активност 2018-2030 и включване на страната в заложените дейности ще дадат възможност за повишаване на физическата активност на населението и подобряване здравето на нацията.

- Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите за социалнозначими заболявания рискови фактори, включително и ниската физическата активност.

- Употребата на наркотици остава стабилна, но продължава да поддържа високи нива. Най-масово употребяваното наркотично вещество в България е марихуаната. Намалява

броят на високорисково употребяващите опиоиди (хероин, метадон, морфин) и се увеличават употребяващите стимуланти и канабис. В България броят на новооткритите случаи на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици бележи тенденция за намаляване. Броят на новорегистрираните ХИВ-серопозитивни през 2016 г. е 22 лица (10%). Наблюдава се тенденция на леко увеличаване на броя на смъртните случаи, свързани с употреба на наркотици.

- Най-голям дял от учениците в страната посочват, че някога в живота си са употребявали марихуана (21,0%), също хашиш (8,7%), амфетамини (4,9%), метамфетамини (3,5%), кокаин (4,5%), LSD (2,6%).

-

Заплащане на медицинските услуги от публичните средства

- Със средствата по Закона за бюджета на НЗОК през 2017 г., НЗОК защитава правата на здравноосигурените лица, като им гарантира свободен достъп до медицинска помощ във определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности.
- Първичната извънболнична медицинска помощ е медицинската услуга, която е най-достъпна и най-широко използвана сред населението. С нея е предвидено да се гарантира профилактика на населението за предотвратяване на заболявания и навременното оказване на първична медицинска помощ в случай на заболяване.
- С регулацията на специализираните медицински дейности в извънболничната медицинска помощ през 2017 г., съгласно чл.3 от ЗБНЗОК 2017 г. са обезпечени дейностите по профилактиката и диспансерното наблюдение, за групите от населението, които се нуждаят от специални грижи. С всяка изминала година броят на лицата включвани в регистъра на диспансерно болните нараства спрямо предходната година и спрямо предходното тримесечие, което води до нарастване със същият темп и на средствата обезпечаващи този вид дейност.
- Разширяването на обхвата на прилаганата лекарствена терапия; увеличаването на броя на болните с едно и повече заболявания, за чието домашно лечение НЗОК заплаща, пряко свързано с тенденциите на застаряване на населението и нарастване на дела на ЗОЛ над 65 години; увеличаването на броят на болните с редки заболявания, обърнали се към системата, в резултат на научния прогрес и увеличените възможности на диагностиката, налагането в медицинската практика на терапевтични подходи, включващи използването на иновативни лекарствени продукти за прицелна терапия, които дават по-добър терапевтичен отговор и оказват влияние върху продължителността и качеството на живот на пациентите, резултира пряко в значителен ръст на разходите за лекарствени продукти и медицински изделия.
- Тенденцията на застаряване на населението като цяло и особено осигурените лица води до по-висока необходимост от медицинска помощ. От друга страна по-ниските доходи на лицата в тази възрастова група водят до негативната тенденция свързана с незакупуване и неприлагане на предписаното извънболнично лечение на заболяванията, в следствие на което нараства потребността от болнично лечение;
- Въвеждането в алгоритъма на дейностите, заплащани от НЗОК, на новите високотехнологични и високоспециализирани методи и терапии, които с по-добрата си медицинска ефективност са предпочитани за прилагане, както от пациентите, така и медицинските специалисти, води до бързо увеличаване на отчитаните обеми от тези дейности. Предвид изискваните ресурси тези дейности се заплащат на по-високи цени от НЗОК, което допълнително увеличава финансовата тежест върху системата.
- Съгласно ЗЗО и вписванията на Република България в европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност и съответните двустранни спогодби, НЗОК следва да гарантира с бюджета си здравноосигурителните права на осигурените в НЗОК лица, при техния престой или пребиваване на територията на другите държави-

членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония, Сърбия и Черна гора, както и на осигурените в тези държави граждани при техния престой или пребиваване на територията на Република България. Нарастване на задълженията на Република България по правилата за координация на системите за социална сигурност значително надвишават финансовите възможности на НЗОК, като към 31.12.2017 г. общата стойност на неприключените искове от другите държави възлиза на 259 111,3 хил. лв.

Дейности по предоставяне на здравни услуги по линия на НЗОК

Анализът на изпълнение на отчетените дейности в ПИМП и СИМП по видове дейности за 2017 г., сравнени с потреблението за същия период на миналата година, могат да се направят следните изводи:

1. Най-ниска остава осигуреността на ЗОЛ от ОПЛ в РЗОК Разград. Запазва се тенденцията за най-добра осигуреност на ЗОЛ от ОПЛ в РЗОК Плевен.

2. Дейностите по профилактиката по програма „Детско здравеопазване“ извършени от ОПЛ по РЗОК са близки до средната стойност на показателя за страната и са в съответствие с договорените в НРД 2017 за МД и с действащите нормативни актове.

3. От представените данни по програма „Майчино здравеопазване“ за ЗОЛ с нормална бременност, изпълнявана от ОПЛ се налага изводът, че тяхното наблюдение се осъществява основно от лекари специалисти по „Акушерство и гинекология“ в СИМП и това корелира с данните за изпълнение на програма „Майчино здравеопазване“ от лекар-специалист.

4. Броят прегледи по диспансерно наблюдение, извършени от ОПЛ на едно ЗОЛ по РЗОК не се отклоняват съществено от средната стойност на показателя за страната и са в рамките до договорените в НРД и нормативната уредба.

5. През 2017 г. средната стойност на показателя „Брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ при ОПЛ“ е 28,87 при 30,42 през 2016 г., т.е. наблюдава се спад от 5%. Едни и същи РЗОК отчитат много ниски стойности на показателя (Габрово, Кърджали, Разград), а други - четири-пет пъти над средната стойност за страната (Монтана, Бургас, Благоевград).

6. При запазена тенденция от 2016 г., през 2017 г. най-много първични прегледи на едно ЗОЛ над средните за страната показатели се отчитат в РЗОК- Плевен София град, Варна, Русе и Велико Търново. Посочените области са региони, в които има, както голям брой лекари-специалисти, работещи в изпълнение на договори с НЗОК за СИМП, така и лекари със специалности, които липсват или са недостатъчни в другите региони на страната.

7. През 2017 г. съотношението вторични консултативни към първични консултативни прегледи по тримесечия се движи в рамките на допустимото един първичен към 0,5 вторични.

8. През 2017 г. съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,73, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1, което означава, че при близо 28% от преминалите деца не са извършвани и съответно отчитани вторични прегледи.

9. Средният брой вторични прегледи при специалист по „Хирургия“, „Ортопедия и травматология“ на 10 000 ЗОЛ през 2017 г. е 201 прегледа при 206 за 2016 г.. Съотношението на вторични към първични прегледи от този вид през 2017 г. (0,91) и 2016 г. (0,91) е в рамките на допустимото 1:1.

10. Общо отчетените диспансерни прегледи през 2017 г. средно за страната са 1,29 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ при 1.26 за 2016 г., т.е. по-висока обръщаемост на ЗОЛ обърнало се към лекар-специалист по повод диспансерно наблюдение.

11. На 10 000 ЗОЛ средно за страната през 2017 г. са отчетени по 8 702 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“, което представлява ръст от 20% спрямо 2016 г. Най-голям ръст отчитат РЗОК-Смолян и РЗОК-Сливен, съответно 70,8% и 48,9. Най-голям брой прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ на 10 000 ЗОЛ, след въвеждане на новите правила за хоспитализация е в РЗОК с наличието на специализирани болници за рехабилитация – Плевен, Пловдив, София-град, Стара Загора, Варна. Независимо, че са под средното за страната най-голям ръст бележат РЗОК Сливен и Смолян.

12. През 2017 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 995 високоспециализирани медицински дейности, което е с 3% повече в сравнение с 2016 г. година - 963. Най-висок ръст в потреблението на ВСМД на 10 000 ЗОЛ през 2017 г. спрямо 2016 г. се наблюдава в РЗОК-София област (13%) и РЗОК-Русе (13%).

10. През 2017 г. средната стойност за страната на показателя ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези“ на 10 000 ЗОЛ отбелязва увеличение от 4,99% в сравнение с 2016 г. През 2017 г. средно за страната са отчетени 234 изследвания при 223 за 2016 г. Това е положителна тенденция, т.к. изследването е включено в профилактика на жени от 50 до 69 години с цел превенция на злокачествено новообразувание (карцином) на млечната жлеза.

11. През 2017 година средно за страната от **ВСМДИ „PSA“** са отчетени 371 броя на 10 000 ЗОЛ, което е 44 броя на 10 000 ЗОЛ повече в сравнение с 2016 г., а ръстът е 13,45 %. Това е положителна тенденция, т.к. изследването е включено в профилактика на мъже на и над 50 години с оглед превенция на злокачествено новообразувание на простатата.

12. Средната осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП през 2017 година, е един лекар на 1 133 здравноосигурени лица. Спрямо предшестващата година, това представлява увеличение от 0,9% (за 2016 г. осигуреността е един лекар на 1 143), което е свързано както с увеличението на лекарите по дентална медицина в ПИДП с 0,2% (от 6489 на 6503), така и с намалението на броя на здравноосигурените лица (0,7%). Въпреки увеличението в средната осигуреност за страната, диспропорцията по този показател, между различните РЗОК се запазва

13. През 2017 г. почти всяко четвърто здравноосигурено лице е получило дентална помощ, като дялът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ в ПИДП през 2017 г. е намалял спрямо дела през 2016 г. от 24,3% на 24,1%. Средно за страната, през 2017 г., са отчетени 7,45% повече лечебни дейности в ПИДП на ЗОЛ (по 0,59 лечебни дейности, при 0,55 дейности за предходната година).

14. Следствие на увеличението брой договорени лечебни дейности през 2017 г. (увеличението е в сила от 01.09.2016 г.), за ЗОЛ над 18 години (от две на три), се наблюдава увеличение на относителните показатели за отчетени дейности в тази възрастова група свързани с двете лечебни дейности – „Обтурация“ и „Екстракция“, което води както до увеличение на отчетените дейности при ЗОЛ над 18 години, така и до общо увеличение на отчетените дейности от лекарите по дентална медицина в ПИДП.

15. При най-високо платената дейност в ПИДП – „Пулпит или периодонтит на постоянен зъб“ се наблюдава намаление в стойността на показателя „Среден брой отчетени дейности пулпит или периодонтит на постоянен зъб, на 100 ЗОЛ до 18 години“ със 7,7%. От получените дентална помощ този показател за страната е намалял с 9,8%.

16. Средният брой отчетени дейности в СИДП е намалял с 0,4% през 2017 г. (24,7 дейности на 1 000 ЗОЛ), спрямо 2016 г. (24,8 дейности на 1 000 ЗОЛ).

17. Сключените договори по КП към 31 декември 2017 г. са 18 920 бр. или със 453 бр. КП повече спрямо 2016 г. Най голям брой Клинични пътеки през 2017 г. са договорени в СЗОК - 3705 бр. и РЗОК Пловдив – 2276 бр.

18. Най голям брой сключени договори има по Клинична пътека № 999 „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“, Клинична пътека №181 „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство“, Клинична пътека №158 „Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани“.

19. За изпълнение на клинични процедури/процедури (КПр) са сключени договори с 86 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 206 броя КПр.

20. Към 31 декември 2017 г. по НРД 2017 г. за изпълнение на амбулаторни/процедури (АПр) са сключени договори с 319 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 2 567 броя АПр. или с 48 бр. АПр повече спрямо 2016 г.

21. Най-чести нарушения през 2017 г. по клинични пътеки:

При съпоставка на констатациите от извършените през периода проверки с тези за същия период от предходната година, се забелязва тенденция към повторяемост на основните нарушения. Като най-често срещани нарушения при дейността на изпълнителите на болнична помощ могат да се посочат:

- Неспазване индикациите за хоспитализация по КП, както и ДЛА
- Неспазване на критериите за дехоспитализация
- Хоспитализация на пациенти с прекъснати здравноосигурителни права
- Неспазване на диагностично-лечебния алгоритъм на КП.
- Отчитане на дейност на едно и също ЗОЛ по терапевтична КП, в хода на лечението по която се индикира оперативно лечение.
- Отчитане на лекарствени продукти вложени по КП, за която няма нормативен регламент да бъдат заплащани от НЗОК приложени лекарствени продукти извън цената на съответната КП.
- Неосигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;
- Непредоставяне на медицинска помощ по вид и обем, съответстваща на договорената;
- Неспазване на изискванията за завършена КП (неизвършване на посочения в нея определен брой диагностични и/или терапевтични процедури)
- Нарушаване на установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация.
- Нарушения, свързани с документиране в хода на хоспитализацията.
- Неправомерно взета потребителска такса
- Повторни хоспитализации в рамките на 30 дни по същата/различни КП.
- Липса на пациенти по време на внезапен контрол в ЛЗ

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.

- Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява, чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики: Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрол на общественото здраве“ (разходите по политиката през 2017 г. – 98,5 млн.лв. при 98.5 млн. лв. за 2016 г.); Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ (разходите се увеличават от 329,2 млн. лв. през 2016 г. на

340 млн.лв.); Политика в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“ – 26,06 млн.лв. при 20,68 млн. лв. за 2016 г.

- През 2017 г. са финансирани 12 национални програми. Основната част от средствата по тези програми са за лекарства и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания и психосоциална рехабилитация. Общите разходи са в размер на 5 507,3 хил.лв. при 3 123 хил.лв. за 2016 г.

- По програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, отчетените разходи през 2017 г. са в общ размер на 3 158 663 лв., в това число: „Подобряване на устойчивостта на НП по туберкулоза” - 2 580 434 лв.; Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ - 578 230 лева.

- Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко към 31.12.2017 г. възлиза на 3 581 495,3 хил. лв., което представлява 100,3% спрямо заложените в годишен план за 2017 г. средства. В сравнение със същия период на 2016 г. се отчита увеличение с 282 886,9 хил. лв. или с 8,6%, което основно се дължи на увеличаване на здравноосигурителните приходи през 2017 г.

- За 2017 г. размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8%, като не се променя процентното съотношение за внасянето ѝ спрямо 2014 г. – запазва се съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника.

- Осигуреността с лекари през 2017 г. се увеличава – на 42.7 на 10 000 души от 41.6‰ през 2016 г. и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 35.1 на 10 000). Лекарите по дентална медицина също са увеличени - 8 355, спрямо 8 011 за 2016 г.

- През 2017 г. известно увеличение се наблюдава при осигуреността със специалисти по здравни грижи, която през 2016 г. е 66.1 и достига 66.2 на 10 000 души през 2017 г.

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

- И през 2017 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ.

- Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната е в крайно тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти. От 2016 г. общата численост на инспекциите е редуциран до 2488 щатни длъжности. Недостигът на специалисти в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, касаещи както превенцията на човешкото здраве и благополучие в частност, така и здравната сигурност на страната.

- Липсата на квалифицирани кадри, на съвременно лабораторно оборудване и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на служебните задължения и на поетите ангажменти от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.

- И през 2017 г. редът и условията за специализация се регламентират от Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която значително се облекчава достъпът и се подобряват условията за специализация. Обучението по клинични специалности се осъществява въз основа на трудов договор, което гарантира в най-пълна степен правата и задълженията на специализанта, включително получаване на адекватно трудово възнаграждение. Отчита се значително увеличаване на доверието към новата система на специализации и спад в желанието за емиграция с около 30% спрямо предходно действащата Наредба № 34 от 2006г..

- През последните 10 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани. Намалението е близо три пъти – от 655 през 2008г. до 222 за 2017 г.

- Налице е тенденция през последните 10 години за намаляване и на броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина. През 2017 г. са издадени само 121 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на медицински сестри, завършили в България (181 през 2016 г.).

- Без съществени промени остава системата за продължаващо обучение в здравеопазването. Предвиждат се мерки за продължаващото обучение, като една от концепциите е да се въведе като задължителен, а не препоръчителен елемент в системата на здравеопазването. През 2017 г. са издадени 115 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на 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 увеличени брой практики в тях. Увеличава се 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.

- Извънболничната помощ не развива своя капацитет за осигуряване на непрекъснат достъп на пациентите до първична и специализирана помощ, особено в труднодостъпните и отдалечени места.

- Осигуреността с ОПЛ през 2017 г. средно за страната е един лекар на 1692 здравноосигурени лица при 1 649 ЗОЛ за 2016 г.

- Запазва се нивото на проведените от ОПЛ профилактични и диспансерни прегледи. При предвиден един преглед годишно, през 2017 г. по-малко от половината ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед.

- По програма „Майчино здравеопазване“ продължава тенденцията към намаление на бременните, наблюдавани от ОПЛ, и профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари-специалисти по „Акушерство и гинекология“ в СИМП.

- През 2017 г. от Изпълнителната агенция „Медицински одит“ (ИАМО) са извършени 557 проверки по сигнали и жалби.

- Най много нарушения са допуснати нарушения при изпълнението на нормите на:

- Чл. 86, ал. 1, т. 1 от Закона за здравето „Като пациент всеки има право на: зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните му права“ – 49 нарушения;

- Чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето „Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи: своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ“ - 86 нарушения;
- Спазване на приложимите медицински стандарти - 65 нарушения;
- Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ - 50 нарушения.
- И през 2017 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. Системата за спешна помощ остава единствена възможност за своевременен достъп не само до спешна, но и до базова медицинска помощ за определени групи от населението.
 - През 2017 г. приетите повиквания са 750 852, а изпълнените повиквания от екипите на Центровете за спешна медицинска помощ са 731 044 (97,36% от приетите повиквания). Извършените амбулаторни прегледи през 2017 г. са 569 088, при 580 736 през 2016 г., а извършените реанимации са 3 734, при 3 824 през предходната година.
 - Преминалите болни през спешните отделения, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, са 747 203 при 704 319 за 2016 г.
 - През 2017 г. средствата по бюджета на Министерство на здравеопазването за персонал на ЦСМП са увеличени със 8 000 000 лв.
 - През 2017 г. стартира изпълнението на проект за обучение на работещите в спешната медицинска помощ. „Подобряване на условията за лечение на спешни състояния“, който ще се финансира по ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г. В средата на 2017 г. започна структурирането на Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ.
 - През 2017 г. е приета Наредба № 3/2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“, с която се регламентира обемът и обхватът на спешната помощ, предоставяна на всеки български гражданин и обезпечена със средства от държавния бюджет. Със стандарта е въведена система за триаж на спешно болните, норми за време за изпълнение на спешните повиквания, протоколи и алгоритми на поведение, касаещи спешния пациент. Регламентирани са изискванията за състава и за професионалните компетентности на членовете на спешните екипи, като е създадена възможност мобилните и стационарните екипи да бъдат допълвани с професионални специалисти (парамедици).
 - Системата за спешна медицинска помощ продължава да изпълнява значителна по обем дейност, свързана с дейности, които не попадат в обхвата на конкретната дейност по оказване на спешна медицинска помощ
 - Осигуреността на населението с болнични легла през 2017 г. нараства на 74.8 на 10 000 души при 73.0 през 2016 г., при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа (3.6 на 10 000 души).
 - 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 се увеличава незначително от 31.69 хоспитализации на 100 души от населението през 2016 г. на 32.95, като използваемостта на леглата остава ниска – 66%.
 - Над половината от общия болничен леглови фонд (58.6%) е концентриран в 7 области - София-столица (20.4%); Пловдив (13.2%), Стара Загора (5.2%), Бургас (5.7%), Варна (5.2%), Пазарджик (4.4%), Плевен (4.5%).

- През 2017 г. продължава негативната тенденция за намаляване броя на органните трансплантации - извършени са общо 58, при 57 за 2016 г., 74 за 2015 г. и 79 за 2014 г. (40 бъбречни, 13 чернодробни и 5 сърдечни трансплантации). Осъществените трансплантации на тъкани и клетки са 678, от които 99 автоложни и 579 алогенни трансплантации. Общият брой на донорите е 52, от които 9 са живи донори.

- Общият брой кръводарявания през 2017 г. е 37 776 при 38 925 за 2016 г. Фамилното кръводаряване има водещо място за подпомагане осигуряването с кръв и кръвни продукти. Запазва се делът на тези кръводарявания в сравнение с този от предходната година. Процентът безвъзмездни кръводарявания от близки на болни за 2017 г. спрямо общия брой безвъзмездни кръводарявания е 82.91%: (80.98% за 2016 г.). През последните години се забелязва засилваща се тенденция за намаляване на кандидатите за редовни /платени/ кръводарители. Количеството преработена кръв е по-малко в сравнение с предходната 2016 г. Намаляват бракуваните единици за трансмисивни инфекции поради отстраняването на положителните донори още на етапа на регистрация. Няма бракувани единици заради изтекъл срок на годност.

Системата се характеризира с редица недостатъци:

- Нарастване на публичните средства за здравеопазване без постигане на желаните медицински резултати и удовлетвореност от пациентите за ефекта от лечението;

- „Отворена” система за отчитане и работа на лечебните заведения за болнична помощ и за финансиране на болничната система, без механизми за контрол и регулиране на разходите;

- Ръст на разходите за медицински дейности, който изпреварва ръста на средствата по бюджета поради разкриване на нови дейности и разширяване обхвата на договорните партньори на НЗОК – дейности, които се реализират без конкретно и дългосрочно планиране;

- Отсъствие на интегрирана информационна система за проследяване и контрол върху дейностите и разходите;

- Отсъствие на регулация за контрол върху разходите в лекарствената сфера и за медицински изделия;

- Липса на обвързаност между растящите разходи в извънболничната помощ спрямо тенденциите за хоспитализация;

- Небалансирана система в полза на разходите за лекарства спрямо тези за дейности, особено свързаните с превенция и профилактика;

- Пациентите доплащат за дейности в рамките и извън обхвата на основния пакет – непрозрачно и нерегламентирано;

- Липсва на взаимодействие между отговорностите на лекарите в извънболничната и болнична системи;

- Несвършена система на договаряне на цени и обеми на дейностите с представителите на съсловните организации;

- Система, ориентирана към последващия контрол, а не към контрола на входа, преди реализиране на дейностите;

- Недостатъци в механизмите на финансиране на някои дейности, отсъствие на медицински критерии и стандарти за проследяване качеството и ефективността на лечение на пациентите;

- Недоволство на населението от качеството на предоставяните услуги и големият и нерегламентиран размер на доплащанията;

- Липса на обвързаност и синхрон в нормативните документи и в действията на институциите, ангажирани в сектора;
- Небалансирана осигуреност с медицински специалисти на територията на страната, териториални дисбаланси в разпределението на ресурсите и медицинските специалисти;
- Неясна и непрозрачна система за реализиране на специализациите, за планиране на обучението и за продължаващо обучение – политиката не се ръководи от МЗ, а се определя от отделните лечебни заведения и университети;
- Неясна роля на системата за акредитация на лечебните заведения;
- Липса на съответствие между медицински стандарти, акредитация и разрешителни за дейност на лечебните заведения;
- Дублиране на дейности, финансирани от различни източници – МЗ и НЗОК - предназначени за лечение на едни и същи заболявания – програми за профилактика, медицински изделия, медицински дейности, което създава несигурност при оценка на резултатите за здравето на пациентите и неефективен контрол върху разходите.
- Сключване на договори между НЗОК (РЗОК) и лечебните заведения „на база на вече завоюваното“, без контрол за изпълнение на критериите и изискванията от страна на заведението.

7. ПРИЛОЖЕНИЯ

Табл. 1. Медицински персонал*

	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016	2017
Брой								
Лекари	21796	28497	27526	27997	28842	29073	29539	30078
Лекари по дентална медицина	4839	6109	6778	6355	7013	7512	8011	8355
Медицински специалисти по здравни грижи	77532	88387	49840	47468	48158	47428	46930	46702
в т. ч.:								
фелдшери	7355	7617	3158	2417	2409	2315	2255	2186
акушерки	7897	7544	4131	3247	3263	3274	3254	3207
медицински сестри	45449	53810	31479	31786	31917	31397	30976	30955
лаборанти (клинични рентгенови) и	6757	7604	5964	5765	6003	5923	5962	5979
зъботехници	2342	2858	1305	1280	1710	1663	1592	1584
други	7732	8954	3803	2973	2856	2856	2891	2791
На 10 000 население								
Лекари	24.6	32.9	33.8	37.3	40.0	40.6	41.6	42.7
Лекари по дентална медицина	5.4	7.0	8.3	8.5	9.7	10.5	11.3	11.9
Медицински специалисти по здравни грижи	87.3	102.0	61.2	63.2	66.9	66.3	66.1	66.2
Население на:								
един лекар	407	304	296	268	250	246	240	234
един лекар по дентална медицина	1834	1419	1202	1181	1027	952	887	844

* По данни на НСИ

Табл. 2. Медицински персонал по области към 31.12.2017 г.

Области	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи	в това число		
				Фелдшери	Акушерки	Мед. сестри
На 10 000 население						
Общо*	42.7	11.9	66.2	3.1	4.5	43.9
Благоевград	30.7	10.7	51.8	3.5	2.3	38.0
Бургас	32.0	8.6	55.6	3.8	3.0	37.1
Варна	49.8	13.5	65.1	1.2	6.2	39.4
В. Търново	31.6	8.9	54.2	4.4	1.5	37.6
Видин	35.7	12.4	49.4	8.7	3.9	27.7
Враца	40.0	8.6	69.4	5.6	5.0	48.9
Габрово	38.1	10.2	71.1	6.0	3.5	46.3
Добрич	27.2	8.6	45.0	2.6	3.2	29.2
Кърджали	26.4	9.5	56.5	4.5	4.9	37.5
Кюстендил	36.8	10.2	55.0	5.0	4.0	36.2
Ловеч	39.9	9.0	58.2	5.7	3.1	38.5
Монтана	35.9	7.3	61.4	6.9	4.8	39.8
Пазарджик	36.3	10.4	56.4	2.8	3.2	39.3
Перник	27.3	13.6	43.5	1.6	2.5	31.4
Плевен	59.7	8.0	87.9	3.6	8.1	58.2
Пловдив	51.4	18.4	72.6	1.1	4.3	47.9
Разград	28.1	7.1	48.7	5.5	2.2	29.4
Русе	37.3	10.1	65.2	5.0	6.5	39.4
Силистра	31.1	7.0	56.3	5.4	5.7	35.9
Сливен	30.5	7.1	52.9	3.7	3.0	35.1
Смолян	31.0	13.0	59.6	6.6	4.3	37.1
София-столица	51.0	16.8	76.5	0.8	6.1	49.9
София	39.7	7.2	52.1	1.0	3.1	36.9
Ст. Загора	43.4	10.6	69.6	2.8	4.9	47.4
Търговище	30.7	6.0	58.9	5.0	4.3	37.5
Хасково	29.3	10.4	51.5	4.1	4.5	34.0
Шумен	34.3	8.3	56.6	4.7	3.0	39.1
Ямбол	29.8	9.3	55.4	6.0	2.6	35.4

* Вкл. персоналет към други ведомства, който не е разпределен по области.

Табл. 3. Легла* в лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения на 31.XII.2017 г. по видове**

Области	Общо	В това число:				Психиатрични легла
		За активно и интензивно лечение	За рехабилитация	За дългосрочна грижа	Други легла	
На 10 000 население						
Общо	69.6	56.7	9.3	3.6	-	5.8
Благоевград	52.1	39.0	11.9	1.2	-	2.6
Бургас	68.3	40.1	25.5	2.7	-	3.2
Варна	54.3	49.2	4.7	0.4	-	3.5
В. Търново	64.5	46.2	13.5	4.8	-	8.4
Видин	38.5	33.8	2.9	1.8	-	3.5
Враца	77.5	58.6	8.2	10.7	-	2.4
Габрово	78.0	58.6	1.4	18.0	-	9.8
Добрич	41.0	33.6	4.7	2.7	-	10.2
Кърджали	54.7	49.8	1.3	3.6	-	17.9
Кюстендил	83.5	54.1	29.4	-	-	3.7
Ловеч	84.0	81.0	1.7	1.3	-	32.1
Монтана	74.4	59.8	12.6	2.0	-	3.3
Пазарджик	83.7	68.3	7.3	8.1	-	3.9
Перник	39.0	33.1	4.1	1.8	-	2.0
Плевен	90.0	77.1	3.6	9.3	-	4.4
Пловдив	97.1	83.8	12.0	1.3	-	4.2
Разград	48.6	39.2	4.1	5.3	-	3.5
Русе	78.0	69.6	7.4	1.0	-	17.4
Силистра	43.7	39.2	1.8	2.7	-	1.4
Сливен	56.5	49.7	4.6	2.2	-	1.1
Смолян	95.5	51.0	40.7	3.8	-	3.7
София-столица	75.4	64.3	8.9	2.2	-	2.6
София	74.1	58.3	11.7	4.1	-	2.6
Ст. Загора	79.4	54.3	8.8	16.3	-	18.4
Търговище	55.5	55.5	-	-	-	7.0
Хасково	47.7	40.7	5.0	2.0	-	3.5
Шумен	50.9	48.6	2.2	0.1	-	12.1
Ямбол	36.1	33.3	2.1	0.7	-	2.5

* Без леглата от заведенията към други ведомства.

** В съответствие с използваната от Евростат статистическа групировка.

Табл. 4. Дейност на стационарите на лечебните заведения през 2017 г.

Видове заведения	Постъпили	Изписани	Умрели	Проведени леглодни	Преминали	Използваемост на леглата (%)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 болен (дни)	Леталитет (%)
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко*	2140602	2116179	27078	11139648	2157314	66.0	47	5.2	1.3
Многопрофилни болници	1200006	1179354	22761	6078504	1210827	65.6	48	5.0	1.9
Многопрофилни болница за активно лечение	1197306	1176652	22759	6059178	1208123	65.7	48	5.0	1.9
Специализирани болници	259801	259320	592	1802111	261549	71.5	38	6.9	0.2
Специализирана болница за активно лечение	134241	133847	496	737966	135514	68.8	46	5.4	0.4
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация	16943	16847	94	227808	17291	70.4	20	13.2	0.6
Специализирана болница за рехабилитация	106486	106451	2	800564	106532	74.7	36	7.5	0.0
Психиатрични болници	8555	8543	65	600091	10050	74.7	5	59.7	0.8
Частни заведения за болнична помощ	672240	668962	3660	2658942	674888	62.0	57	3.9	0.5
Комплексни онкологични центрове	57782	57101	675	259445	57964	62.2	51	4.5	1.2
Центрове за кожно-венерически заболявания	2099	2100	1	16027	2106	82.8	40	7.6	0.0
Центрове за психично здраве	15441	15453	27	328760	16165	88.1	16	20.3	0.2

* Без заведенията към други ведомства.

Списък на актовете в областта на здравеопазването обнародвани в Държавен вестник през 2017 г.

I. Постановления:

1. Постановление № 2 на Министерския съвет от 2017 г. за приемане на Наредба за специфичните изисквания към казеините и казеинатите, предназначени за консумация от човека (обн., ДВ, бр. 4 от 2017 г.);
2. Постановление № 5 на Министерския съвет от 2017 г. за закриване на Дома за медико-социални грижи за деца „Света София“ - София (обн., ДВ, бр. 5 от 2017 г.);
3. Постановление № 12 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение и допълнение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, приета с Постановление № 97 на Министерския съвет от 2013 г. (обн., ДВ, бр. 8 от 2017 г.);
4. Постановление № 96 на Министерския съвет от 2017 г. за допълнение на Постановление № 374 на Министерския съвет от 2016 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2017 г. (обн., ДВ, бр. 41 от 2017 г.);
5. Постановление № 105 на Министерския съвет от 2017 г. за отменяне на Наредбата за условията и реда за разходване на средствата за финансиране на одобрени проекти на юридически лица с нестопанска цел, определени за осъществяване на общественополезна дейност, за дейности за социално отговорно поведение по чл. 10а от Закона за хазарта (обн., ДВ, бр. 45 от 2017 г.);
6. Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г. за приемане на Наредба за медицинската експертиза (обн., ДВ, бр. 51 от 2017 г.);
7. Постановление № 148 на Министерския съвет от 2017 г. за приемане на Устройствен правилник на Министерството на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 60 от 2017 г.);
8. Постановление № 327 на Министерския съвет от 2017 г. за одобряване на вътрешнокомпенсирани промени на утвърдените разходи по области на политики и бюджетни програми по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2017 г. (обн., ДВ, бр. 102 от 2017 г.);
9. Постановление № 323 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение и допълнение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, приета с Постановление № 97 на Министерския съвет от 2013 г. (обн., ДВ, бр. 102 от 2017 г.).

II. Наредби:

1. 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. 24 от 2017 г.);
2. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 11 от 2007 г. за норми за арсен, кадмий, никел и полициклични ароматни въглеводороди в атмосферния въздух (обн., ДВ, бр. 25 от 2017 г.);
3. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 22 от 2007 г. за условията и реда за регистриране и отчитане на дейностите по експертиза, вземане, присаждане, обработка, преработка, съхраняване и етикетиране на органи, тъкани и клетки и за изготвяне на ежегодни отчети от лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 25 от 2017 г.);
4. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2014 г. за здравните изисквания при изготвяне и спазване на седмичните учебни разписания (обн., ДВ, бр. 31 от 2017 г.);
5. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2014 г. за класификация на отпадъците (обн., ДВ, бр. 32 от 2017 г.);

6. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 13 от 2004 г. за условията, на които трябва да отговаря качеството на тъканите и клетките, предмет на международен обмен за нуждите на Република България (обн., ДВ, бр. 34 от 2017 г.);

7. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8 от 2014 г. за условията и реда за внос, износ и обмен на органи, тъкани и клетки (обн., ДВ, бр. 34 от 2017 г.);

8. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 5 от 2006 г. за диагностиката, профилактиката и контрола на местните паразитози (обн., ДВ, бр. 37 от 2017 г.);

9. Наредба за допълнение на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 37 от 2017 г.);

10. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (обн., ДВ, бр. 38 от 2017 г.);

11. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 12 от 2010 г. за норми за серен диоксид, азотен диоксид, фини прахови частици, олово, бензен, въглероден оксид и озон в атмосферния въздух (обн., ДВ, бр. 48 от 2017 г.);

12. Наредба № 1 от 2017 г. за реда за установяване употребата на алкохол и/или наркотични вещества или техни аналози (обн., ДВ, бр. 61 от 2017 г.);

13. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 6 от 2006 г. за условията и реда за даване на разрешения за работа на лица, ненавършили 18 години (обн., ДВ, бр. 64 от 2017 г.);

14. 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. 79 от 2017 г.);

15. Наредба № 2 от 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ортопедия и травматология“ (обн., ДВ, бр. 84 от 2017 г.);

16. Наредба № 3 от 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“ (обн., ДВ, бр. 86 от 2017 г.);

17. 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. 87 от 2017 г.);

18. Наредба за изменение на Наредба № 4 от 2016 г. за определяне заболяванията и отклоненията, които застрашават живота и здравето на децата и учениците (обн., ДВ, бр. 89 от 2017 г.);

19. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и т. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (обн., ДВ, бр. 89 от 2017 г.).

III. Правилници:

1. Правилник за устройството и дейността на Националния център по радиобиология и радиационна защита (обн., ДВ, бр. 21 от 2017 г.);

2. Правилник за организацията и дейността на Експертния съвет по биоциди (обн., ДВ, бр. 91 от 2017 г.);

3. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за функциите и организацията на дейността на Експертния съвет по лечение на зависимости (обн., ДВ, бр. 91 от 2017 г.);

4. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за дейността и организацията на работа на Център „Фонд за лечение на деца“ (обн., ДВ, бр. 98 от 2017 г.).

IV. Други:

1. Договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2016 г. (обн., ДВ, бр. 5 от 2017 г.);

2. Решение № РД-НС-04-7-1 от 11.01.2017 г. за изменение и допълнение на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 8 от 2017 г.);

3. Национален рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2017 г. (обн., ДВ, бр. 23 от 2017 г.);

4. Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2017 г. (обн., ДВ, бр. 24 от 2017 г.).

IV. Представям на Вашето внимание и списък на приетите за посочения период **решения** на Министерския съвет, на които министърът на здравеопазването е вносител:

1. Решение № 1 на Министерския съвет от 2017 г. за приемане на Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017–2020 г.;

2. Решение № 8 на Министерския съвет от 2017 г. за приемане на Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017-2021 г.;

3. Решение № 30 на Министерския съвет от 2017 г. за намаляване капитала на „Национална специализирана болница за физикална терапия и рехабилитация“ ЕАД и за безвъзмездно прехвърляне правото на собственост върху имоти – частна държавна собственост на Столичната община;

4. Решение № 73 на Министерския съвет от 2017 г. за даване на съгласие за продажба на обособена част от лечебно заведение – недвижими имоти, собственост на „Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Свети Георги“ ЕАД – Пловдив;

5. Решение № 72 на Министерския съвет от 2017 г. за допълнение на Решение № 693 на Министерския съвет от 2012 г. за определяне на университетски болници, изменено и допълнено с Решение № 830 на Министерския съвет от 2012 г., Решения № 210 на Министерския съвет от 2013 г., Решение № 638 на Министерския съвет от 2013 г., Решение № 560 на Министерския съвет от 2014 г., Решение № 113 на Министерския съвет от 2015 г. и Решения № 272 на Министерския съвет от 2016 г. и Решение № 585 на Министерския съвет от 2016 г.;

6. Решение № 95 на Министерския съвет от 2017 г. за възлагане на министъра на здравеопазването да сключи договори за учредяване на ограничени вещни права в полза на държавата за нуждите на Министерството на здравеопазването във връзка с реализирането на голям инвестиционен проект за подкрепа на спешната медицинска помощ, който ще бъде финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г.;

7. Решение № 285 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение на Решение № 115 на Министерския съвет от 2015 г. за определяне на представители на държавата в Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса, изменено с Решения № 500 и 907 на Министерския съвет от 2016 г. и с Решения № 119 и 227 на Министерския съвет от 2017 г.;

8. Решение № 330 на Министерския съвет от 2017 г. за одобряване на годишния отчет за дейността на Националната здравноосигурителна каса за 2016 г.;
9. Решение № 331 на Министерския съвет от 2017 г. за одобряване на отчета за изпълнението на бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2016 г.;
10. Решение № 332 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение на Решение № 343 на Министерския съвет от 2008 г. за създаване на Комисия по прозрачност по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и определяне на нейния състав, изменено с Решения на Министерския съвет № 491 от 2008 г., № 165 и 900 от 2009 г., № 167 и 444 от 2010 г., № 82, 246 и 677 от 2013 г., № 294, 611 и 723 от 2014 г., № 3 от 2015 г., № 203 от 2016 г. и № 113 от 2017 г.;
11. Решение № 416 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение на Решение № 142 на Министерския съвет от 2016 г. за определяне на състава на Етичната комисия по трансплантация;
12. Решение № 492 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение на Решение № 115 на Министерския съвет от 2015 г. за определяне на представители на държавата в Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса, изменено с Решения № 500 и 907 на Министерския съвет от 2016 г. и с Решения № 119, 227 и 285 на Министерския съвет от 2017 г.;
13. Решение № 580 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение на Решение № 343 на Министерския съвет от 2008 г. за създаване на Комисия по прозрачност по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и определяне на нейния състав, изменено с Решения на Министерския съвет № 491 от 2008 г., № 165 и 900 от 2009 г., № 167 и 444 от 2010 г., № 82, 246 и 677 от 2013 г., № 294, 611 и 723 от 2014 г., № 3 от 2015 г., № 203 от 2016 г. и № 113 и № 332 от 2017 г.;
14. Решение № 581 на Министерския съвет от 2017 г. за допълнение на Решение № 693 на Министерския съвет от 2012 г. за определяне на университетски болници, изменено и допълнено с Решения на Министерския съвет № 830 от 2012 г., № 210 и 638 от 2013 г., № 560 от 2014 г., № 113 от 2015 г., № 272 и 585 от 2016 г. и № 72 и 228 от 2017 г.;
15. Решение № 653 на Министерския съвет от 2017 г. за одобряване на Законопроект за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2018 г.;
16. Решение № 660 на Министерския съвет от 2017 г. за определяне на необходимите мерки за премахване на опасността за човешкото здраве и за околната среда, възникнали в резултат от бедствено положение на територията на регион за управление на отпадъците - Бургас;
17. Решение № 706 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение на Решение № 115 на Министерския съвет от 2015 г. за определяне на представители на държавата в Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса, изменено с Решения № 500 и 907 на Министерския съвет от 2016 г. и Решения № 119, 227, 285 и 492 на Министерския съвет от 2017 г.;
18. Решение № 758 на Министерския съвет от 2017 г. за изменение на Решение № 343 на Министерския съвет от 2008 г. за създаване на Комисия по прозрачност по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и определяне на нейния състав, изменено с Решения на Министерския съвет № 491 от 2008 г., № 165 и 900 от 2009 г., № 167 и 444 от 2010 г., № 82, 246 и 677 от 2013 г., № 294, 611 и 723 от 2014 г., № 3 от 2015 г., № 203 от 2016 г., № 113, 332 и 580 от 2017 г.;
19. Решение № 787 на Министерския съвет от 2017 г. за одобряване на Законопроект за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.